

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES  
INFLUENCIADORES DO *DROPOUT* SEGUNDO A  
VISÃO DO CLIENTE**

**Ana de Brito Brás de Oliveira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental Integrativa**

**2018**



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DOS PRINCIPAIS FATORES  
INFLUENCIADORES DO *DROPOUT* SEGUNDO A  
VISÃO DO CLIENTE**

**Ana de Brito Brás de Oliveira**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental Integrativa**

**2018**



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à professora Ana Catarina Nunes da Silva por todo o apoio e troca de ideias durante a realização deste trabalho.

Gostaria de agradecer o apoio da minha família durante a realização deste projeto, pela paciência nos dias menos bons e pela força que me deram. Aos meus pais, pelos conselhos e pela enorme paciência e persistência de me ajudar e incentivar a melhorar. Ao meu irmão por todas as vezes que me encontrava a procrastinar me ter incentivado a continuar.

Não poderia deixar de agradecer aos meus amigos da faculdade que sempre me apoiaram e estiveram presentes nos meus momentos de pânico, mas também com quem partilhei e ainda partilho memórias e momentos de alegria. Sempre nos acompanhámos uns aos outros e agradeço a troca de ideias durante os serões de estudo.

Aos meus mentorandos por me deixarem ajudar e assistir à sua evolução durante o seu percurso académico - em especial à Maria.

À Raquel por ter sido a minha companheira dos projetos de voluntariado e se ter tornado um apoio durante os meus momentos de desespero.

À Catarina, uma pessoa que sempre esteve presente durante todo o meu percurso académico e que acreditou e nunca desistiu de mim.

Aos meus amigos de infância e tempos de liceu por toda a amizade e carinho que têm por mim durante todos estes anos e por me acompanharem em mais uma etapa da minha vida.

Não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que passaram por mim e que já não se encontram comigo, mas que deixaram em mim um pouco de si e eu um pouco de mim nelas. Sem elas também não seria o que sou hoje.

Um sincero obrigada a todos os que passaram e aos que ainda continuam comigo.

*“Listening creates a holy silence. When you listen generously to people, they can hear the truth in themselves, often for the first time. And when you listen deeply, you can know yourself in everyone”*

*-Rachel Remen, Kitchen Table Wisdom*

## Resumo

O *dropout* é um conceito pouco estudado, especialmente em Portugal, apesar da sua relevância em contexto psicoterapêutico. Assim, o presente estudo misto e de carácter exploratório tem como principal objetivo a investigação dos principais preditores do *dropout* em psicoterapia - variáveis associadas ao cliente e ao terapeuta que poderão estar a comprometer o processo terapêutico.

A recolha de dados teve por base um questionário *online* onde foram colocadas questões aos participantes relativamente às suas características sociodemográficas e questões relacionadas com as razões do início e da desistência do seu último processo psicoterapêutico. A análise dos dados foi realizada através do *software IBM Statistical Package for Social Sciences* (versão 24) e também foi realizada uma análise temática com o objetivo de criar de um sistema de categorias.

Os resultados sugerem que, na perspetiva dos clientes, as razões mais mencionadas para o *dropout* se encontram relacionadas tanto com variáveis do cliente como do terapeuta. Os clientes reportam que desistem do processo psicoterapêutico por se sentirem melhor - “recuperados o suficiente”. Por outro lado, sentimentos negativos face ao terapeuta – desinteresse, desvalorização, incompreensão – servem de fatores influenciadores do *dropout*. Outros fatores inerentes ao processo terapêutico ou quanto à acessibilidade ao mesmo também foram relatados pelos participantes. São exemplos disso o custo financeiro, as dificuldades no agendamento de consultas e não serem sentidas diferenças significativas durante o processo. Deste modo, conhecendo os fatores mencionados pelos participantes como fatores proporcionadores do *dropout* é possível refletir acerca de estratégias para minimizar este fenómeno.

**Palavras-chave:** *dropout*; preditores de *dropout*; variáveis processo psicoterapêutico

## **Abstract**

The dropout is a lightly researched topic, especially in Portugal, despite it being of undermost importance in what concerns the psychotherapeutic context. Therefore, this present study main goal is the investigation of the major predictors of dropout in psychotherapy - variants associated to the client and to the therapist that might be compromising the therapeutic process.

A data retrieval was made through an online survey where there were posed questions which addressed matters such as the social demographic characteristics of the participants and the reason why they sought a therapist in the first place and also why they eventually decided to leave it. The data analysis was carried out through IBM *Statistical Package for Social Sciences* (version 24) and a thematic analysis was also done in order for it to be possible to create a system of categories.

The results suggest that, the major reasons for the occurrence of dropout are not solely based on the client but on the therapist as well. The clients also reported that they had decided to quit the therapeutic process due to the fact that they were feeling better and had already achieved a certain amount of well-being which allowed them to think that they had "recovered enough". On the other hand, negative thoughts towards the therapist, detachment, devaluing and lack of understanding (incomprehension) - served as key influencers towards dropout. Other factors inherent to the accessibility of the process were also related by participants. Of this are exemplars the financial cost, the difficulties faced on the scheduling of sessions and the therapy being unable to bring significant changes during its process.

Consequently, knowing the key factors mentioned as factors that proportionate dropout it is possible to reflect about strategies which could minimize the impact of this phenomenon.

**Key-words:** dropout; dropout predictors; variables of the therapeutic process



## Índice

O conceito de <i>dropout</i> .....	1
Possíveis preditores do <i>dropout</i> .....	1
Variáveis relacionadas com o cliente .....	2
Idade.....	3
Estado Civil e Dimensão Familiar .....	3
Educação, nível de escolaridade e situação profissional. ....	4
Medicação. ....	4
Perturbação ansiosa e/ou depressiva.....	5
Perturbações de Personalidade.....	5
Gestão de Expectativas .....	6
Conceções de Saúde Mental .....	7
Variáveis relacionadas com o processo terapêutico. ....	7
<i>Setting</i> terapêutico .....	7
Aliança terapêutica.....	8
Variáveis relacionadas com o terapeuta .....	8
Método .....	10
Desenho de Investigação .....	10
Questão inicial .....	10
Objetivos.....	10
Caracterização da amostra.....	11
Variáveis sociodemográficas dos participantes .....	11
Instrumentos .....	12
Procedimentos .....	14
Análise qualitativa .....	14
Análise quantitativa .....	15
Apresentação de resultados e discussão .....	16
Razões para início do processo de <i>dropout</i> .....	16
Análise qualitativa. ....	16
Razões mencionadas para o <i>dropout</i> .....	16
Análise quantitativa (Q1) .....	17
Análise qualitativa (Q2).....	20
Análise quantitativa (Q2).....	28

Comparação entre razões iniciais e razões de desistência do processo psicoterapêutico .....	29
Comparação questão razão inicial vs. razão desistência (Q1). .....	29
Comparação questão razão inicial vs. Razão desistência (Q2) .....	29
Limitações .....	32
Estudos Futuros .....	33
Referências Bibliográficas .....	33

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Apresentação das opções do questionário referentes à desistência do processo .....	13
---	----

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Ilustração dos quatro domínios e respetivas categorias .....	21
---	----

## **Índice de Anexos**

Anexo A - Questionário do estudo

Anexo B – Blocos temáticos – Razões Iniciais

Anexo C – Frequência das Razões Iniciais

Anexo D - Frequência das opções da questão (Q1)

Anexo E – Blocos temáticos – Razões de Desistência (Q2)

Anexo F – Frequência das Razões de Desistência (Q2)

### **O conceito de *dropout***

A definição de *dropout* tem sofrido alterações ao longo do tempo, tendo os autores diferentes perspectivas sobre o mesmo. A definição mais universal de *dropout* descreve-o como sendo um término unilateral da terapia, por parte do cliente, sem que o mesmo seja comunicado ao terapeuta ou sequer por si aprovado (e.g., Benetti & Cunha, 2008; Gaustaud & Nunes, 2010; Hatchett & Park, 2003; Knox et al., 2011; Lopes, Gonçalves, Sinai, & Machado, 2015; Olfson et al., 2009; Samstag, 1998). Assim, não existe qualquer tipo de discussão e/ou preparação para a cessação do processo terapêutico (Knox et al., 2011). Desta forma, podemos afirmar que a experiência de *dropout* acaba por ser subjetiva - depende da visão/definição quer do terapeuta quer do paciente relativamente a este conceito (Barrett et al., 2010). No entanto, dispomos de critérios que são mais utilizados para definir o *dropout*: 1) término por falta de comparência do paciente às sessões; 2) o terapeuta considerar o término precoce para o paciente - o terapeuta ou equipa de trabalho percecionarem esta decisão como imprudente e/ou imatura (Kadzin, 2010); 3) o número insuficiente de sessões realizadas pelo paciente (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998).

O construto *dropout* denota também que o cliente deixou a terapia sem ter obtido nenhum requisito de melhoria ou completamento de objetivos (Hatchett & Park, 2003). Cerca de 70% deste fenómeno ocorre depois da primeira ou da segunda sessões (Olfson et al., 2009) e vários autores estimam que abrange entre 20 a 57% da população que inicia um processo psicoterapêutico, independentemente da modalidade terapêutica, da população alvo ou do *setting* (e.g., Roseborough, McLeod, & Wright, 2015).

### **Possíveis preditores do *dropout***

Se os preditores do *dropout* forem identificados é possível reajustar a prática clínica em função dos mesmos (Roos & Werbart, 2011).

As variáveis associadas à desistência do processo psicoterapêutico poderão estar correlacionadas com várias dimensões, nomeadamente, com características do cliente, do terapeuta ou do próprio processo terapêutico. Por exemplo, a interação entre o cliente e o terapeuta poderá estar correlacionada com o *dropout* (Reis & Brown, 2006) - a discrepância entre a perspectiva do cliente e a do terapeuta relativamente à natureza e duração do processo são relevantes no seu estudo (Hunsley, Aubry, Verstervelt, & Vito, 1999).

A duração do processo psicoterapêutico também constitui um fator determinante na relação entre o *dropout* e as melhorias sentidas pelo cliente, sendo que o terapeuta deverá ter isso em consideração. Os processos mais longos com mais melhorias poderão reduzir este fenómeno (Barrett, Chua, Crist-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008).

Para além das características supramencionadas, também são reportadas variáveis ambientais que podem condicionar a ida a uma sessão ou até mesmo a desistência do processo. São exemplo disso a influência dos amigos, a estabilidade familiar, doenças de familiares, entre outras (Deyo & Inui, 1980).

**Variáveis relacionadas com o cliente.** A desistência terapêutica por parte dos clientes é realizada por diversas razões. Alguns clientes poderão terminar a terapia precocemente por não se encontrarem satisfeitos com a mesma ou, por outro lado, por se encontrarem bastante satisfeitos e se sentirem “recuperados o suficiente” (Roseborough et al., 2015).

Quando os clientes se dizem “recuperados o suficiente”, os sentimentos como o alívio e/ou satisfação destacam-se dos outros. Estes sentimentos, são provenientes de uma melhoria relacional e de um aumento de autoconhecimento, e poderão condicionar o processo e desencadear o *dropout* (Roos & Werbart, 2011).

Contrariamente, sentimentos como não ser compreendido, não ser validado e não sentir suporte por parte do terapeuta também poderão contribuir para a ocorrência deste fenómeno. Os clientes que relatam estes sentimentos negativos acabam por descrever os seus terapeutas

como antipáticos, passivos e indiferentes – o que lhes provoca sentimentos como vergonha e constrangimento durante a terapia (Roos & Werbart, 2011).

O sentimento de que a terapia “não está a levar a lado nenhum”, que não são preenchidas as expectativas iniciais relativamente ao tratamento, a falta de confiança no terapeuta, a insegurança face ao sucesso da terapia e a decisão de experimentar um novo processo, constituem fatores relevantes do estudo do *dropout* (Hunsley et al., 1999).

Para além destes, Knox e colaboradores (2011) referem outras razões mencionadas pelos participantes para o *dropout*, sendo elas a falha de progresso na terapia e/ou os constrangimentos financeiros.

Em estudos anteriores como o de Baekeland e Lundwall (1975) foram encontradas evidências de que variáveis demográficas do cliente tais como a sua idade, o estado civil e o estatuto socioeconómico, entre outras, poderiam predizer um *dropout*.

*Idade.* Estudos recentes mostram que clientes mais jovens (idades compreendidas entre os 25 - 30 anos) desistem mais facilmente de um processo terapêutico do que clientes mais velhos (e.g., Barrett et al., 2008; Oflson et al., 2009; Roseborough et al., 2015).

*Estado Civil e Dimensão Familiar.* O estado civil é uma variável relevante para este fenómeno. No estudo de Oflson e colaboradores (2009), foram comparados pacientes que se encontravam separados, divorciados ou viúvos, com pacientes casados. Concluiu-se que estes últimos acabavam por desistir mais frequentemente do processo terapêutico. Por outro lado, pacientes que não se encontravam em nenhuma relação acabavam por se tornar mais dependentes do processo e aceitavam mais facilmente as recomendações terapêuticas.

A dimensão da família é outro fator que poderá estar relacionado com o *dropout* – elementos pertencentes a famílias numerosas desistem mais facilmente do processo do que indivíduos pertencentes a famílias mais pequenas. Por exemplo, a presença de crianças na família poderá influenciar a disponibilidade para comparecer às consultas (Deyo & Inui, 1980).



*Educação, nível de escolaridade e situação profissional.* No estudo de Roseborough e colaboradores (2015) é referido que níveis mais elevados de educação poderão servir como um fator protetor do *dropout*. Os pacientes que reportam possuir o 12º ano ou que tenham frequentado o ensino superior, mais facilmente se mantêm em terapia. Deste modo, e sabendo que o nível de educação irá sempre influenciar o nível da carreira profissional do indivíduo, é referido num estudo de Olfson e colaboradores (2009) que a situação profissional (estar empregado ou não) bem como o facto de a profissão providenciar um seguro de saúde influencia o fenómeno de *dropout*.

Podemos ainda acrescentar que o estatuto socioeconómico aparece como uma variável consistente ao longo de vários estudos sobre *dropout* psicoterapêutico permitindo afirmar que estatutos socioeconómicos mais baixos se encontram associados ao *dropout* (Barrett et al., 2008; Roseborough et al., 2015). Assim, os indivíduos com um estatuto socioeconómico mais elevado detêm condições que predizem o sucesso psicoterapêutico (Roos & Werbart, 2011).

*Medicação.* A decisão de utilização de medicação num processo terapêutico poderá também influenciar a continuidade do mesmo. Lopes e colaboradores (2015), obtiveram no seu estudo resultados que indicam que 80% dos clientes que se encontram com medicação psiquiátrica mais facilmente continuam em terapia quando comparados com sujeitos que não se encontram a fazer qualquer tipo de medicação, o que corrobora outras investigações (e.g., Antonuccio, Danton, & DeNelsky, 1995; Bellack, Hersen, & Himmelhoch, 1983; Weissman, 1974).

O tipo de tratamento também influencia o *dropout* pois, verifica-se que nos tratamentos onde existe uma complementaridade entre medicação e terapia diminui de uma forma consistente o atrito quando comparado apenas com medicação ou apenas com a terapia separadamente (Barrett et al., 2008). Assim, a exploração desta variável de modo a entender os efeitos positivos ou negativos da implementação de medicação na terapia torna-se necessária.

No entanto, para lidar com este fenómeno, devem sempre ser tidas em conta outras características inerentes ao indivíduo como a presença ou não de perturbações – como por exemplo ansiedade ou depressão.

*Perturbação ansiosa e/ou depressiva.* A análise das características dos clientes é fundamental. A verificação e o diagnóstico da existência de algum tipo de perturbação mental e, conseqüentemente, a existência ou não de comorbilidade com outras perturbações são essenciais. Os clientes com comorbilidade ansiosa (82%) são mais propensos a continuar em terapia e a não realizar *dropout* quando comparados com clientes que não apresentam esta comorbilidade (Lopes et al., 2015).

Lopes e colaboradores (2015) sugerem que é necessário prestar atenção a clientes que apresentam perturbações depressivas, que não se encontram a fazer qualquer tipo de medicação e, que não apresentam qualquer comorbilidade ansiosa. O fato de pessoas diagnosticadas com este tipo de perturbação não apresentarem uma boa e extensa rede social poderá condicionar o processo dado que poderão sentir-se pressionados para a desistência do mesmo.

A baixa tolerância à frustração, a baixa motivação e, a menor vontade face à mudança, são fatores inerentes a estas perturbações mencionadas anteriormente e que se demonstraram associados ao *dropout* (Barrett et al., 2008).

*Perturbações de Personalidade.* Algumas variáveis da personalidade como o isolamento social, o comportamentos agressivos ou passivo-agressivos bem como as perturbações da personalidade encontram-se ligadas ao *dropout* (e.g., Barrett et al., 2008). Os indivíduos que apresentam níveis mais baixos de *insight* juntamente com traços narcisistas acabam por desistir mais facilmente do processo (Hauck et al., 2007).

Segundo o estudo de Lingiardi, Filippucci, e Baiocco (2007) os terapeutas reportam altos níveis de *dropout* (43 a 67%) de clientes com perturbações de personalidade

nomeadamente perturbações *borderline*. Segundo Hauck e colaboradores (2007) dois em cada cinco clientes com esta perturbação de personalidade abandonam o processo.

Dadas as dificuldades de relacionamento dos clientes com perturbações de personalidade isto poderá influenciar a criação e manutenção da aliança terapêutica (Lingiardi et al., 2007).

*Gestão de Expectativas.* As expectativas face ao processo psicoterapêutico influenciam a relação que se estabelece entre o cliente e o terapeuta.

Os estudos referem que os clientes entram em terapia com diferentes níveis de crenças e expectativas face à mesma. Consequentemente estes também se encontram ligados à crença da autoeficácia do processo quer seja a curto ou a longo prazo (Dew & Bickman, 2005).

Devemos ter em consideração as expectativas que o cliente tem face à duração do processo terapêutico como pertinentes e, saber se estas se encontram ajustadas ou não à realidade. As expectativas irrealistas são comuns e devem ser exploradas. Esta exploração de ideias poderá diminuir o risco ou até evitar o *dropout* - quanto maior abertura entre o cliente e o terapeuta face a aspetos como por exemplo, a duração do tratamento, o número total expectável de sessões, entre outros, menor o risco de *dropout* (Swift & Callahan, 2011). Por exemplo, no estudo realizado por Perkarik (1991) cerca de 20% da amostra em estudo tinha a expectativa de apenas frequentar duas sessões de terapia e menos de 50% tinha expectativa de ir a pelo menos cinco sessões.

No estudo de Swift e Callahan (2011) foi observado que participantes com menores níveis de educação tinham expectativas mais baixas em relação à terapia bem como acreditavam que o processo terapêutico iria demorar menos tempo do que o que seria necessário – apresentavam expectativas irrealistas face à duração do processo. Estes resultados corroboram os resultados anteriores (Swift & Callahan, 2008).

Isto permite concluir a importância desta variável para o fenómeno em estudo. Assim, deveremos ter em consideração a componente influenciadora das expectativas que o cliente tem face ao processo terapêutico - a esperança. Se o indivíduo se encontrar positivo e perseverante tendo como principal objetivo melhorar o seu bem-estar, durante o processo psicoterapêutico (apesar de as mudanças serem demoradas), isto poderá alterar o seu comportamento fazendo-o continuar em psicoterapia minimizando o risco de *dropout* (Dew & Bickman, 2005).

*Conceções de Saúde Mental.* As conceções que o cliente tem da saúde mental também irão influenciar o processo terapêutico bem como as suas expectativas. Se o cliente considerar um tratamento de saúde mental ineficaz, acabará mais facilmente por desistir do mesmo (Barrett et al., 2008).

O nível de conforto do cliente, muitas vezes influenciado por essa conceção face ao tratamento, também poderá predizer o *dropout* – o cliente poderá ter crenças negativas em relação ao processo e deste modo criar desconforto com o mesmo (Barrett et al., 2008).

De salientar que se o cliente já tiver tido contato com algum tratamento de saúde mental mais facilmente continuará no processo psicoterapêutico (Olfson et al., 2009).

**Variáveis relacionadas com o processo terapêutico.** *Setting terapêutico.* O *setting* terapêutico influencia a continuidade de um paciente em terapia. Este poderá constituir um fator “barreira” ou provocar algum atrito durante o processo terapêutico (Barrett et al., 2008). Segundo um estudo de Pureza, Oliveira, e Andretta (2013), o *dropout* abrange quer atendimentos realizados em clínica privada quer noutros contextos (e.g. hospitalar e escolar).

O modelo de Anderson (1968) relativo aos serviços de saúde refere que a utilização dos serviços de saúde é influenciada por fatores ambientais tais como a acessibilidade, o tipo de providência (*provider*), as opções de tratamento ou o contexto psicoterapêutico. Existem várias barreiras que se encontram interrelacionadas com o contexto terapêutico. São exemplos disso: a dificuldade em encontrar um serviço de saúde mental, a distância entre o local de residência

e o local da consulta, ter de aguardar em lista de espera até à primeira consulta (e.g., contexto hospitalar público), o espaçamento existente entre o momento em que é feito o primeiro contacto (marcação da primeira consulta) e a data da mesma (e.g., Barrett et al., 2008; Deyo & Inui, 1980).

*Aliança terapêutica.* Outro aspeto relacionado com a interação terapeuta-cliente e que deve ser abordado é a relação terapêutica ou aliança.

A relação terapêutica ou aliança assenta em três ideias centrais. São elas: a relação colaborativa, o laço afetivo entre o terapeuta e o cliente e a capacidade do terapeuta em estabelecer objetivos em conjunto com o cliente. As tarefas terapêuticas, controladas pelo terapeuta, são relevantes para a modificação de um comportamento específico através da expectativa de reforços positivos (Bordin, 1979).

Vários estudos reportam que uma fraca aliança terapêutica poderá influenciar o *dropout* – quanto mais fraca a aliança terapêutica maior probabilidade existe de *dropout*. Clientes que têm entre 16 a 40 sessões, se a aliança não se encontrar estável, desistem facilmente do processo terapêutico, quando comparados com clientes que apenas tenham tido entre 9 a 16 sessões (Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Será assim relevante avaliar a aliança terapêutica estabelecida durante as sessões com o cliente de modo a assegurar uma maior estabilidade na continuação do processo terapêutico.

Os clientes que apresentam problemas de dependência, intimidade, confiança, distanciamento e autonomia têm maior dificuldade na relação terapêutica tornando mais difícil por parte do terapeuta a construção de uma aliança (Roos & Werbart, 2011).

**Variáveis relacionadas com o terapeuta.** As variáveis associadas ao terapeuta, são menos estudadas quando comparadas com as variáveis relativas ao cliente (Roos & Werbart, 2011).

Os terapeutas reportam quer razões positivas quer negativas para o *dropout*. No entanto, foram reportadas mais vezes razões positivas para o mesmo – satisfação dos clientes com o processo terapêutico (Knox et al., 2011). É notório que os terapeutas normalmente não atribuem o término do processo a problemas relacionados com a própria terapia ou à insatisfação do cliente face ao terapeuta (Hunsley et al., 1999).

Knox e colaboradores (2011), referem que devemos ter em atenção vários aspetos para saber distinguir entre uma experiência de término precoce positiva e uma negativa. Estes aspetos são: a relação terapêutica, os efeitos da terapia em si, as razões do *dropout* e o processo em si. É necessário que os terapeutas consigam aceder a eventuais ruturas mesmo que estas não sejam evidentes e tentar repará-las de modo a que as mesmas não interfiram no processo psicoterapêutico. No entanto, quando o terapeuta não tem em conta a perspetiva do cliente e as suas necessidades cria-se um ciclo vicioso em que não é possível identificar as componentes que necessitam de ser reparadas e as que necessitam de ser eliminadas – isto poderá levar a uma diminuição no progresso da terapia ou a um afastamento ou *dropout* por parte do cliente (Reis & Brown, 1999). Assim, faz sentido que baixos níveis de *dropout* se encontrem relacionados com os anos de experiência profissional do terapeuta, a sua flexibilidade e a sua própria capacidade de adaptação da intervenção e atitude face ao processo terapêutico (Roos & Werbart, 2011).

Segundo um estudo de Pureza e colaboradores (2013), os terapeutas menos experientes têm mais dificuldade em fazer uma avaliação e em perceber as necessidades do cliente o que poderá levar a um enfraquecimento da relação terapêutica e ao *dropout* por parte do mesmo.

Assim, o presente estudo tem como principal objetivo compreender o fenómeno de *dropout* bem como as variáveis com ele relacionado. O *dropout* é considerado problemático porque, no pressuposto que os pacientes necessitam de acompanhamento terapêutico e de que

os mesmos atinjam os seus objetivos, previamente acordados com o terapeuta, o facto de existir uma desistência sem que o processo tenha sido concluído, inviabiliza a hipótese de sucesso terapêutico. A análise sistematizada das variáveis do cliente, do processo e do terapeuta levará a uma melhor compreensão deste processo o que poderá permitir a correção dos aspetos negativos com ele relacionados e consequentemente contribuir para a diminuição deste fenómeno. Neste estudo dar-se-á ênfase à perspetiva do cliente face ao *dropout*.

### **Método**

A presente investigação é de abordagem mista (natureza quantitativa e qualitativa) e de carácter exploratório. O principal objetivo é a exploração e possível identificação dos principais preditores do *dropout* em psicoterapia, da perspetiva do cliente, numa amostra de participantes portugueses.

Para garantir uma amostra mais alargada recrutámos participantes via e-mail e através das redes sociais para responderem a um questionário online (Anexo A). Este questionário teve uma duração média de 20 minutos. A recolha e o registo de dados foram feitos de forma a garantir a confidencialidade do participante, pelo que o questionário foi preenchido de forma anónima.

### **Desenho de Investigação**

**Questão inicial.** “Quais são os principais fatores que se encontram na origem do abandono psicoterapêutico por parte dos clientes?”

**Objetivos.** 1 - Exploração das variáveis associadas à perspetiva do cliente que condicionam o *dropout*;

2- Categorização das variáveis das razões de desistência;

3- Exploração das principais razões iniciais para o começo do processo psicoterapêutico do qual fez *dropout* e respetiva categorização;

4- Exploração da existência de relações entre razões para se iniciar um processo psicoterapêutico e as razões de desistência através do método misto;

## 5- Análise das frequências das razões de desistência.

### **Caracterização da amostra**

Participaram neste estudo 184 indivíduos, sendo que 11 foram excluídos por não preencherem os pré-requisitos e/ou por não apresentarem congruência nas respostas.

**Variáveis sociodemográficas dos participantes.** Dos 173 participantes, 140 são do sexo feminino (80.9%) e 33 do sexo masculino (19.1%), com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos ( $M= 27.24$ ,  $DP= 8.548$ ).

Quanto ao estado civil, 132 participantes (76.3%) são solteiros, 35 (20.2%) são casados ou vivem em união de facto e seis (3.5%) são divorciados ou separados. Quanto à situação profissional, 93 participantes (53.8%) são estudantes, 61 (35.3%) encontram-se no ativo, 17 (9.8%) encontram-se desempregados e dois (1.2%) encontram-se de baixa. Quanto ao nível de escolaridade, 81 dos participantes (46.8%) têm licenciatura, 43 (24.9%), têm pós-graduação, 32(18.5%) têm o 12º ano, sete têm doutoramento (4%), seis (3.5%) têm bacharelato e quatro têm apenas o 9º ano de escolaridade (2.3%). Quando questionados sobre a utilização de medicação apenas 44 pessoas (25.4%) referiram utilizá-la. Destes participantes, 18 (10.4%), encontram-se a tomar antidepressivos, 12 (6.9%) ansiolíticos/indutores de sono, 11 (6.4%), referem outro tipo de medicação, dois (1.2%) referem estabilizadores de humor e apenas um (0.6%) refere antipsicóticos. Relativamente à presença ou não de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, 61 (35.3%) referem ter sintomatologia ansiosa, 16 participantes (9.2%) referem ter sintomatologia depressiva e 32 (18.5%) referem ter ambas. Dos 173 participantes da nossa amostra 64 (37%) referem não apresentar qualquer tipo de sintomatologia. Quando questionadas dificuldades a nível psicológico/psiquiátrico que tenham sido diagnosticadas, 128 dos participantes (74%) referem não ter qualquer tipo de diagnóstico.

No que refere a acompanhamentos psicológicos atuais, 137 participantes não se encontram a ter nenhum acompanhamento psicológico sendo que apenas 36 (20.8%) participantes se encontram a ser acompanhados. Desses 36 participantes, cinco encontram-se a



ser acompanhados há pelo menos 12 meses sendo que os restantes oscilam entre 1 semana e os 13 anos. Cerca de 43,4% da amostra teve pelo menos um acompanhamento psicológico, sendo que duas pessoas (1.2%) referem já ter tido mais de 20 acompanhamentos psicológicos anteriores. De entre os 173 participantes, 110 (63.6%) referem ter desistido de mais do que um acompanhamento psicológico. Dos restantes 63 participantes, 34 (19.7%) referem ter desistido de dois acompanhamentos, 11 (6.4%) referem ter desistido de três acompanhamentos, 11 (6.4%) referem ter desistido de um acompanhamento, um participante refere ter desistido de cinco acompanhamentos (0.6%) e outro participante refere ter desistido de seis acompanhamentos (0.6%).

Relativamente ao contexto terapêutico do último acompanhamento do qual fez *dropout*, 131 participantes (75.7%) referem ter tido este último acompanhamento em contexto de consultório. Apenas 17 pessoas (9.8%) referem ter tido este acompanhamento num centro de saúde, 14 (8.1%) em contexto hospitalar e 11 (6.4%) referem outro tipo de contexto terapêutico. Dos 173 participantes apenas quatro (2.3%) desistiram antes de um mês, 70 pessoas (40.5%) frequentaram o acompanhamento entre um mês e três meses, 37 pessoas (21.4%) frequentaram entre quatro a seis meses sendo que 10 pessoas (0.6%) desistiram entre o sétimo e o nono mês. Quanto ao número de sessões frequentadas pelos participantes, 16 participantes (9.2%) referem ter frequentado apenas duas sessões, 15 (8.7%) referem apenas quatro sessões, 10 (5.8%) referem 12 sessões. A frequência deste acompanhamento para 79 participantes da amostra (45.7%) era semanal, para 60 (34.7%) era quinzenal e para apenas 34 (19.7%) era mensal.

### **Instrumentos**

Foi construído um questionário semiestruturado tendo os participantes de responder maioritariamente a perguntas de escolha múltipla referentes a características sociodemográficas e a questões relacionadas com as razões do início e da desistência do seu último processo psicoterapêutico. Foram criadas duas questões para compreender as razões que levaram ao *dropout*: a primeira questão (Q1) era de escolha múltipla e os itens foram construídos através

da revisão da literatura.. O participante selecionava questões que estivessem relacionadas com o dropout – “Na sua perspectiva, quais foram os motivos que o levaram a desistir do acompanhamento psicológico” (Tabela 1).

**Tabela 1.**

*Apresentação das opções do questionário referentes à desistência do processo*

<b>Razões desistência</b>
<b>Não senti necessidade de continuar a terapia</b>
Era difícil conciliar os meus horários com a terapia
Não tinha possibilidade económica para continuar o acompanhamento psicológico
Sentia que existiam menos benefícios do que ganhos durante o acompanhamento
Senti que não existiu uma grande evolução durante o processo
Senti pressão por parte de familiares, amigos ou parceiro/a para terminar o acompanhamento
Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o (a) meu/minha terapeuta
Sentia que a terapia exigia demasiado de mim
Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar
Não simpatizava com o (a) meu/minha terapeuta
Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas
Sentia que o(a) meu/minha terapeuta não era empático comigo quando expunha os meus problemas
Senti que já conseguia lidar com os meus problemas sozinho
Não me sentia com motivação para ir às consultas

Para termos uma visão mais aprofundada destas razões foi criada uma questão de resposta aberta (Q2) onde era pedido ao participante para de, entre os itens selecionados na questão anterior, descrever a principal ou principais razões para o dropout - “Relativamente aos motivos assinalados na questão anterior, pedia-lhe que descrevesse de forma mais

*pormenorizada as questões que considera que tiveram mais impacto na sua decisão de ter desistido do processo terapêutico.”.*

Após ter sido construído o questionário, foram realizados dois pré-testes de forma a perceber se o participante poderia ou não ter dificuldade em compreender os objetivos das questões colocadas.

### **Procedimentos**

O estudo foi aprovado pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Os critérios de inclusão dos participantes foram: (1) ter idade igual ou superior a 18 anos e (2) ter desistido de pelo menos um acompanhamento psicológico. Foram realizadas algumas alterações e posteriormente o questionário foi colocado online na plataforma *Qualtrics* e esteve ativo durante todo o mês de Março de 2018.

Os dados provenientes do questionário foram trabalhados de duas formas distintas. Foram realizadas análises qualitativas e quantitativas dos dados.

**Análise qualitativa.** Foi realizada uma análise temática às questões de resposta aberta quanto às razões de *dropout* de forma a tirar reflexões relativas às razões de início de processo psicoterapêutico bem como para a sua desistência. Esta análise foi realizada manualmente sem recorrer a qualquer tipo de *software* informático.

Numa primeira fase procedeu-se à leitura das respostas dos participantes de forma a ter um conhecimento mais aprofundado sobre os dados que permitisse a formulação dos principais temas abordados pelos participantes. Numa segunda fase, foi possível fazer uma codificação inicial de modo a dispor códigos idênticos em padrões de resposta idênticos. De seguida, foi criado o primeiro sistema de categorias – agrupamento das respostas de acordo com um padrão. Na quarta fase, foi possível realizar uma revisão dos padrões de resposta obtidos e consequentemente dos temas e das categorias criadas. Após a criação e revisão de categorias, estas foram de novo revistas e foram eliminadas categorias consideradas redundantes. A

informação obtida através desta análise foi posteriormente comparada com a revisão de literatura realizada para este estudo (Braun & Clarke, 2006).

**Análise quantitativa.** Os dados sociodemográficos foram trabalhados com o *software* estatístico IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (v.24, SPSS Inc., Chicago, IL), através de uma análise descritiva, de forma a obter informação mais pormenorizada quanto aos dados sociodemográficos da amostra (frequência da idade, do sexo, etc.) bem como outras características da amostra em estudo (utilização de medicação, número de acompanhamentos psicológicos anteriores, etc.).

*Teste Qui-Quadrado.* O teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) serve para verificar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica e se a frequência com que os elementos se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica (Maroco, 2007). Deste modo, foram comparadas três variáveis: questão das razões iniciais para processo de *dropout* e duas questões relacionadas com as razões de desistência. Para isso, após a realização da análise qualitativa – agruparam-se as respostas dos participantes em categorias – codificaram-se as respostas para realizarmos a análise quantitativa. Convertemos as respostas em variáveis nominais dicotómicas sendo 0 a ausência da resposta do participante à categoria e sendo 1 a presença da resposta do participante na categoria. Estabelecemos assim inferências relativas às razões que levaram o participante a realizar *dropout* e estabelecemos associações entre as mesmas.

Numa tentativa de compreender a magnitude de associação entre as variáveis estudadas, foi utilizado o teste de associação de *Phi* ( $\phi$ ). Este teste fornece informações relativamente à simetria da relação – relação linear de ordem inversa ou relação linear de ordem direta. Por exemplo, uma magnitude de associação igual ao valor 0.200/-0.200 a relação é considerada moderada (positiva ou negativa respetivamente). Neste estudo, utilizou-se  $\phi > 0.200$  para considerar uma relação moderada (positiva ou negativa) entre as variáveis (Maroco, 2007).

## **Apresentação de resultados e discussão**

Dada a natureza quantitativa e qualitativa deste estudo, os resultados serão apresentados por blocos referentes às análises qualitativas e quantitativas sendo que estas últimas serão também discutidas logo a seguir à apresentação dos resultados considerados significativos.

### **Razões para início do processo de *dropout***

**Análise qualitativa.** Começando por apresentar os resultados referentes às razões iniciais que levaram o participante a começar o processo psicoterapêutico do qual desistiu foram analisadas as 173 respostas dos participantes e criadas 17 categorias para as mesmas – Sintomatologia Ansiosa (N=49), Sintomatologia Depressiva (N=31), Sintomatologia Depressiva e Ansiosa (N=20), Automutilação/Ideação Suicida (N=12), Questões Interpessoais (N=10), Perturbação de adaptação (N=8), Desenvolvimento Pessoal (N=8), Falta de compreensão da questão colocada (N=7), Pressão Familiar (N=6), Luto (N=5), Indicação por outro (N=5), Motivos Escolares (N=3), Distúrbios Alimentares (N=3), Questões relacionadas com a atividade profissional (N=3), Outras perturbações (N=3), Dificuldades Sexuais (N=1) e Declaração (N=1). A categoria Falta de compreensão da questão colocada (N=7) diz respeito às respostas dos participantes que não compreenderam o objetivo desta questão. Cada uma das 173 respostas foi inserida em apenas uma categoria como é possível ver no Anexo B.

As razões apresentadas para o início de um processo psicoterapêutico acabam por ser diversas permitindo compreender que existe uma dispersão relativa às razões que levam os clientes a iniciar um processo desta natureza. No entanto, é relevante referir que 28% dos participantes deste estudo revelou ter iniciado o seu processo psicoterapêutico por questões relacionadas com sintomatologia ansiosa (Anexo C) indo ao encontro dos dados da população portuguesa onde as perturbações de ansiedade são o grupo que apresenta uma prevalência mais elevada (16.5%) e que mais contribuem para que, em conjunto com a Irlanda do Norte, nos distingamos dos outros países da Europa em relação à prevalência das perturbações psiquiátricas (Almeida & Xavier, 2008).

### **Razões mencionadas para o *dropout***

Para a exploração das variáveis associadas à perspectiva do cliente que condicionam o *dropout* foi necessário comparar as duas questões referentes às principais razões de desistência.

**Análise quantitativa (Q1).** Primeiramente foi realizada uma análise quantitativa relativa à frequência das respostas da questão disponível no anexo D. As cinco respostas mais frequentemente selecionadas dizem respeito às seguintes razões: Não senti necessidade de continuar a terapia (N=49), Senti que não existiu uma grande evolução durante o processo (N=48), Não me sentia com motivação para ir às consultas(N=45), Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar (N=42) e Não tinha possibilidade económica para continuar o acompanhamento (N=39). Relativamente às opções Não senti necessidade de continuar a terapia (N=49) e Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar (N=42), estes resultados apoiam a literatura nos estudos que afirmam que quando os clientes se encontram a ter melhorias podem acabar a terapia precocemente (e.g., Roseborough et al., 2015); a necessidade de continuar a terapia torna-se quase inexistente (Roos, 2011).

No que toca à seleção da opção Não tinha possibilidade económica para continuar o acompanhamento (N=39), dado que cerca de 75.7% da nossa amostra se encontrava a ter o acompanhamento psicológico em contexto de consultório, estes resultados acabam por ser esperados – podemos assumir que a maioria das consultas de psicologia neste contexto não têm qualquer tipo de comparticipação contrariamente, por exemplo, ao contexto hospitalar. Assim, o custo financeiro acaba por ser um fator influenciador do *dropout*.

Para tentar verificar uma associação entre os 14 itens desta questão procedeu-se a uma análise destas variáveis através de um teste inferencial – “Teste Qui Quadrado” ( $\chi^2$ ).

Foram obtidos 26 resultados significativos sendo que existem seis relações positivas moderadas ou fortes entre duas variáveis. Começando por apresentar as três associações que demonstraram ter uma relação positiva forte: “Senti que já conseguia lidar com os meus problemas sozinho” e “Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar” ( $\chi^2=31.690$ ;

$p=0.000$ ;  $\phi = 0.428$ ); “Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não era empático comigo quando expunha os meus problemas” e “Não simpatizava com (a) o meu/minha terapeuta” ( $\chi^2=33.364$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi =0.439$ ); “Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não era empático comigo quando expunha os meus problemas” e “Senti que o (a) meu/minha terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas” ( $\chi^2=31.566$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi =0.427$ ).

As três associações que demonstraram ter uma relação positiva moderada: “Não me sentia com motivação para ir às consultas” e “Senti que não existiu uma grande evolução durante o processo” ( $\chi^2=19.863$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi = 0.339$ ); “Não me sentia com motivação para ir às consultas” e “Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o (a) meu/minha terapeuta” ( $\chi^2=21.650$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi =0.354$ ); “Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas” e “Não simpatizava com o (a) meu/minha terapeuta” ( $\chi^2=20.522$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi =0.344$ ).

As 20 associações que demonstraram ter uma relação fraca positiva: “Não me encontrava interessado em continuar o acompanhamento” e “Não me sentia com motivação para ir às consultas” ( $\chi^2=14.077$ ;  $p= 0.000$ ;  $\phi =0.285$ ); “Decidi fazer “uma pausa” no acompanhamento e acabei por não remarcar a sessão seguinte” e “Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar” ( $\chi^2=7.966$ ;  $p= 0.005$ ;  $\phi =0.215$ ). A opção “Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas” encontra-se associada a duas respostas, estas são: “Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o (a) meu/minha terapeuta” ( $\chi^2=11.693$ ;  $p= 0.001$ ;  $\phi =0.260$ ) e “Não me sentia com motivação para ir às consultas” ( $\chi^2=8.026$ ;  $p= 0.005$ ;  $\phi =0.215$ );

A resposta “Sentia que não existiu uma grande evolução durante o processo” encontra-se relacionada com outras quatro variáveis, sendo uma das associações negativa. Estas são: “Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar” ( $\chi^2=9.187$ ;  $p= 0.002$ ;  $\phi = -0.230$ ); “Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o (a) meu/minha terapeuta” ( $\chi^2=12.030$ ;

$p= 0.001$ ;  $\varphi =0.264$ );“Não me encontrava interessado em continuar o acompanhamento” ( $\chi^2=8.966$ ;  $p= 0.003$ ;  $\varphi =0.228$ ); Sentia que existiam menos benefícios do que ganhos durante o acompanhamento” ( $\chi^2=8.749$ ;  $p= 0.003$ ;  $\varphi =0.225$ ).

A opção “Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o (a) meu/minha terapeuta“ encontra-se associada a outras três escolhas, sendo uma delas negativa: “Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar” ( $\chi^2=7.110$ ;  $p= 0.008$ ;  $\varphi =-0.230$ );“Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não era empático comigo quando expunha os meus problemas”(  $\chi^2=6.918$ ;  $p= 0.009$ ;  $\varphi =0.200$ ); “Não me encontrava interessado em continuar o acompanhamento” ( $\chi^2=6.887$ ;  $p= 0.009$ ;  $\varphi =0.200$ ).

A escolha “Não senti necessidade de continuar em terapia” associa-se com três escolhas múltiplas de forma significativa, sendo as 2 primeiras negativas. As três escolhas referidas são: “Não tinha possibilidade económica para continuar o acompanhamento psicológico” ( $\chi^2=8.096$ ;  $p= 0.004$ ;  $\varphi =-0.216$ );“Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas” ( $\chi^2=11.608$ ;  $p= 0.002$ ;  $\varphi =-0.259$ ) e “Senti que já conseguia lidar com os meus problemas sozinho”(  $\chi^2=9.577$ ;  $p= 0.002$ ;  $\varphi =0.235$ ). Outra associação positiva fraca encontrada foi entre “Senti pressão por parte de familiares, amigos ou parceiro/a para terminar o acompanhamento” e “Não tinha possibilidade económica para continuar o acompanhamento psicológico” ( $\chi^2=8.917$ ;  $p= 0.003$ ;  $\varphi =0.227$ );

A variável “Senti que existiam menos benefícios que ganhos durante o acompanhamento” encontra-se associada a outras três variáveis que são: “Senti que não existiu uma grande evolução durante o processo” ( $\chi^2=8.749$ ;  $p= 0.003$ ;  $\varphi =0.225$ ); “Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas” ( $\chi^2=15.030$ ;  $p= 0.000$ ;  $\varphi =0.295$ ) e “Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o (a) meu/minha terapeuta” ( $\chi^2=14.010$ ;  $p= 0.000$ ;  $\varphi =0.285$ ).



Através da análise destes resultados é possível verificar que dez associações referem características relacionadas com o terapeuta o que nos leva a inferir que este pode ter uma influência negativa no processo terapêutico e significativa no *dropout*. Deste modo, o terapeuta deverá ter em conta as necessidades do cliente numa tentativa de não criar um ciclo vicioso de forma a identificar as componentes que necessitam de ser reparadas e as que necessitam de ser eliminadas durante o processo. Será assim relevante avaliar a aliança terapêutica estabelecida durante as sessões com o cliente de modo a assegurar uma maior estabilidade na continuação do processo terapêutico (eg., Reis & Brown, 1999; Roos & Werbart, 2011).

Outros fatores do processo como o custo financeiro, a falta de evolução no processo, a falta de benefícios e ganhos do mesmo também se encontram associados uns com os outros acabando por se mostrar significativos neste análise indo de encontro com a literatura previamente mencionada (e.g., Hunsley et al., 1999; Knox et al., 2011; Roseborough et al., 2015; Ross & Werbart, 2011).

Relativamente aos resultados que se mostraram com uma relação forte podemos inferir que o sentimento de o indivíduo se sentir melhor acaba por ser predominante. A falta de empatia, simpatia e/ou falta de compreensão são também predominantes. Assim, apesar da diversidade de razões assinaladas, os resultados deste estudo parecem apontar para uma tendência de os clientes se focarem em variáveis do terapeuta para justificar o *dropout*. Este resultado torna-se interessante quando na literatura é também referido que os terapeutas tendem a referir mais características dos clientes que suas quando questionados sobre o *dropout* (e.g, Hunsley et al., 1999).

**Análise qualitativa (Q2).** Para a análise desta questão foi necessário agrupar as respostas dos participantes em categorias. Algumas destas categorias foram reorganizadas ao longo da investigação. Existem algumas categorias com apenas uma resposta referente a um participante, no entanto, considerou-se relevante mantê-las por considerar que seria informativa tendo em

conta os objetivos do estudo. Foram criados quatro domínios: a) variáveis relacionadas com o terapeuta, b) variáveis relacionadas com o cliente, c) variáveis relacionadas com a acessibilidade d) variáveis relacionadas com o processo terapêutico como é possível verificar através da figura 1. A disposição em blocos temáticos encontra-se no Anexo E e o número de fontes de cada bloco no Anexo F. O bloco temático- Não especificado – não se encontra inserido em nenhuma das categorias dado que este bloco diz respeito às respostas dos participantes que não compreenderam a questão colocada, tendo sido excluídos desta análise.

Dado que 43 participantes referiram mais do que uma razão para terem desistido do processo, as suas respostas poderão encontrar-se em mais do que uma categoria e consequentemente em mais do que um domínio. Apenas as respostas que se encontram nas categorias Estava-me a sentir melhor e Consigo lidar com os meus problemas sozinho são exclusivas.

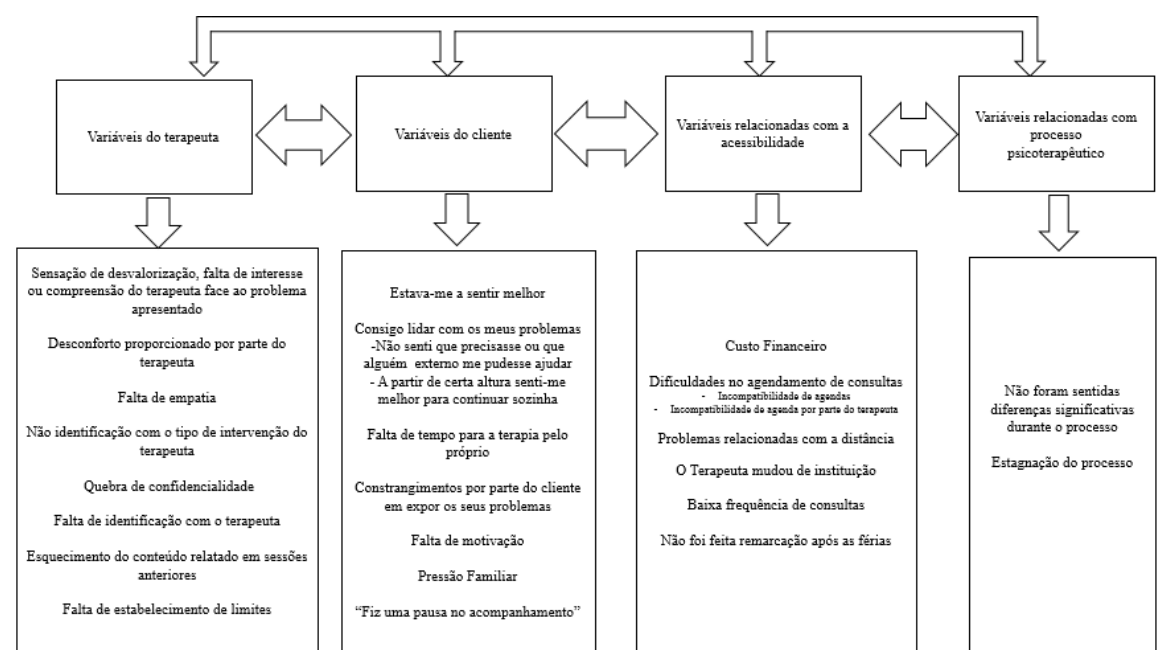


Figura 1. Ilustração dos quatro domínios e respetivas categorias

*Domínio 1: variáveis relacionadas com o terapeuta.* Neste domínio encontram-se agrupadas as respostas referentes a características do terapeuta mencionadas pelos participantes nas suas respostas. Os sentimentos negativos despoletados pelo terapeuta durante as sessões

tais como o desconforto, a incompreensão, a desvalorização e o desinteresse foram frequentemente relatados pelos mesmos. Assim, para este domínio emergiram oito categorias: Sensação de desvalorização, falta de interesse ou compreensão por parte do terapeuta face ao problema apresentado (N=25), Desconforto proporcionado por parte do terapeuta (N=21), Falta de empatia (N=14), Não identificação com o tipo de intervenção do terapeuta (N=11), Quebra de confidencialidade (N=5), Falta de identificação com o terapeuta (N=4), Esquecimento do conteúdo relatado em sessões anteriores (N=3) e Falta de estabelecimento de limites (N=2).

Começando pela categoria com mais fontes - Sensação de desvalorização, falta de interesse ou compreensão por parte do terapeuta face ao problema apresentado (N=25) esta categoria engloba respostas de participantes como “*o terapeuta não puxava por mim*” (participante 5), sensação de desamparo – “*(...) sensação de desamparo e desinteresse do psicólogo*” (participante 37), distanciamento por parte do terapeuta – “*(...) Na altura senti grande distanciamento com o psicólogo por achá-lo uma pessoa fria (..)*” (participante 164), foco em questões não relevantes para o cliente – “*(...) sentir que a terapeuta desvalorizou o que me levou a pedir ajuda estava mais focada em outras questões que não surtiam qualquer problema (...)*” (participante 28).

A segunda categoria deste domínio a ser mais vezes relatada pelos participantes foi o Desconforto proporcionado pelo terapeuta (N=21) durante as sessões. As respostas desta categoria prendem-se com várias questões, entre elas, a pressão – “*(...) a terapeuta estar a pressionar-me muito e de ser um pouco desadequada em algumas situações.*” (participante 83), o foco em tentar arranjar uma solução – “*(...) insistia numa solução e encaminhava o assunto em algo que não se identificava comigo e que eu não concordava (...)*” (participante 66), a forma de o terapeuta expor e exprimir as suas opiniões ao cliente - “*(...) para além de que falava e agia de forma que me fazia sentir constrangido em relação aos meus problemas*” (participante 144), “*(...) algumas perguntas demasiado incisivas por parte do terapeuta*”

(participante 177). A Falta de empatia (N=14) também é um fator mencionado por 14 participantes – “(...) *não demonstrava empatia para comigo*” (participante 144).

Outra categoria deste domínio é Não identificação com o tipo de intervenção do terapeuta (N=11). Esta categoria aborda questões como técnicas, modelos psicoterapêuticos e trabalhos propostos em terapia – “(...) *indisponibilidade para compromisso nas tarefas/técnicas terapêuticas propostas, pela não-identificação com o modelo psicoterapêutico proposto pelo terapeuta em questão (...)*” (participante 130). A Falta de identificação com o terapeuta (N=4) também foi mais do que uma vez mencionada, por exemplo, “*O terapeuta não teve a melhor conduta profissional*” (participante 106). A Quebra de confidencialidade (N=5), a Falta de estabelecimento de limites (N=2), o Esquecimento do conteúdo relatado em sessões anteriores (N=3) foram as categorias menos relatadas pelos participantes neste domínio. São exemplos disso: “*Muitas das coisas que eram faladas lá depois ela contava*” (participante 165), “*A falta de consideração pelos pedidos feitos em relação a informações que, na altura, por ser menor, tiveram que ser partilhadas com familiares e que tinha pedido para não acontecer*” (participante 45); “(...) *comecei a sentir que ela invadia um pouco o meu espaço*” (participante 38); “(...) *em sessões seguintes não lembrava qualquer informação já mencionada por mim, perguntava diversas vezes as mesmas coisas (...)*” (participante 56); “(...) *esquecia-se do que lhe dizia em sessões anteriores (...)*” (participante 64).

Este domínio foi o que apresentou mais categorias, indo ao encontro da análise de resultados da Q1. Os participantes valorizam os sentimentos despoletados pelo terapeuta como sendo cruciais para o *dropout* nomeadamente sensação de desvalorização, falta de interesse, incompreensão, desconforto e falta de empatia. Muitos destes sentimentos são descritos na literatura e encontram-se associados à interação terapeuta-cliente (e.g., Hunsley et al., 1999; Reis & Brown, 2006; Roos & Werbart, 2011) sendo comprometedores da relação de ajuda.

De salientar que o modelo e técnicas de intervenção não foram mencionados como razão para desistir do acompanhamento psicológico (na primeira questão - Q1). No entanto, foi possível verificar que os clientes têm em consideração e é do seu conhecimento algumas das técnicas ou orientações seguidas pelos seus terapeutas e que a identificação das mesmas, segundo os participantes é questionável.

*Domínio 2: variáveis relacionadas com o cliente.* Alguns dos participantes relataram razões pessoais para terem desistido do processo. Estas englobam fatores externos tais como: falta de tempo e pausas no acompanhamento. O sentimento de melhoria é predominante neste domínio. Deste modo, foram criadas sete categorias: Estava-me a sentir melhor (N=25), Consigo lidar com os meus problemas sozinho (N=10), Falta de tempo para a terapia pelo próprio (N=8), Constrangimentos por parte do cliente em expor os seus problemas (N=8), Falta de motivação (N=8), Pressão Familiar (N=5) e Fiz uma pausa no acompanhamento (N=3).

Começando pela categoria que teve mais fontes – Estava-me a sentir melhor (N=25), são exemplos disso “(...) comecei a ir mensalmente, e com o tempo fui-me sentido melhor sozinha” (participante 110), “Foi o sentimento de melhoria e aumento de autoestima que me fizeram deixar a terapia” (participante 55).

A segunda categoria mais mencionada pelos participantes é a categoria Consigo lidar com os meus problemas sozinho (N=10). Nesta categoria, foram criadas duas subcategorias distintas - os participantes expressam a indiferença de terem alguém externo que os ajude ou que a partir de certa altura se sentem com capacidade para continuarem sozinhos. Começando pela primeira subcategoria Não senti que precisasse ou que alguém externo me pudesse ajudar (N=4) são exemplos disso: “Não senti que precisasse ou que me fosse ajudar” (participante 7), “Não achei que alguém que não me conhecia fosse resolver alguma coisa melhor do que eu” (participante 18).

Relativamente à segunda subcategoria A partir de certa altura senti-me melhor para continuar sozinho, são exemplos disso – “*Considerarei que já era capaz de lidar com os meus problemas de forma autónoma*” (participante 58), “*(...) senti quenão necessitava mais pois já tinha sido acompanhada o suficiente para puder ultrapassar tudo sozinha*” (participante 170).

Outras das razões apresentadas para a desistência do processo psicoterapêutico relacionada com variáveis do cliente é a Falta de tempo para terapia pelo próprio (N=8). Os participantes referem dificuldade em conciliar horários com a terapia – “*Devido aos horários das consultas tinha de faltar às aulas*” (participante 88), “*A dificuldade em conciliar os horários com a terapia*” (participante 83).

Os participantes do estudo também referem constrangimentos em expor os seus problemas Constrangimentos por parte do cliente em expor os seus problemas (N=8) nomeadamente falta de à-vontade, falta de conforto e dificuldade de abertura com o terapeuta – “*Essencialmente o facto de ter tido sempre muita dificuldade em expor os meus problemas e a forma como pensava ao terapeuta*” (participante 8).

A Falta de Motivação (N=8) acaba também por ser um fator mencionado pelos participantes – “*(...) existência de pouca motivação para continuar na terapia.*” (participante 72).

A Pressão Familiar (N=5) também é descrita pelos participantes – “*Na altura era adolescente e senti-me pressionada pela minha mãe para terminar o acompanhamento*” (participante 50).

Por último, uma variável associada ao cliente é a pausa no acompanhamento psicológico, Fiz uma pausa no acompanhamento (N=3) – “*Fiz uma pausa no acompanhamento e acabei por não remarcar outra consulta (...)*” (participante 149).

Os principais resultados deste domínio incidem na categoria “Estava-me a sentir melhor” e “Consigo lidar com os meus problemas sozinho”. Estas variáveis acabam por se relacionar com a literatura no sentido em que estes sentimentos de recuperação e melhoria se encontram

predominantemente presentes quer na perspectiva do cliente quer na perspectiva do terapeuta (eg., Fleischer & Wissler, 1985; Hatchett & Park, 2003; Hunsley et al, 1999; Knox et al., 2011).

*Domínio 3: variáveis relacionadas com a acessibilidade.* Neste domínio foram agrupados fatores inerentes ao processo que comprometiam em determinada altura a continuação do mesmo. Os fatores externos encontram-se também neste domínio, por exemplo: problemas relacionados com a distância, o custo financeiro, a dificuldade no agendamento de consultas, etc. As categorias criadas para este domínio foram seis: Custo Financeiro (N=33), Dificuldades no agendamento de consultas (N=5), Problemas relacionados com a distância (N=4), O Terapeuta mudou de instituição (N=4), Baixa frequência de consultas (N=3) e Não foi feita remarcação após férias (N=1).

Começando pelo Custo Financeiro (N=33) são exemplos disso: “(...) *o facto de não ter muito dinheiro fez-me desistir (...)*” (participante 138), “*Consulta com um preço demasiado caro (...)*” (participante 157), “*Pagar 50 euros por consulta (1 hora) era uma despesa enorme (...)*” (participante 162).

A Dificuldade no agendamento das consultas (N=5) também constitui uma variável para a análise da desistência. Foram criadas duas subcategorias – Incompatibilidade de agendas (N=3) e Incompatibilidade de agenda por parte do terapeuta (N=2). Começando pela primeira subcategoria mencionada um exemplo de resposta é o seguinte - “(...) *fez com eu fosse perdendo a coragem de voltar até não ter compatibilidade de horário com os dias em que a psicóloga dá consultas*” (participante 128). Relativamente à segunda subcategoria, um exemplo para esta categoria – “(...) *durante os dois meses, desmarcou sessões diversas vezes.*” (participante 56).

A categoria Problemas relacionados com a distância (N=4) foi mencionada por quatro participantes, dando apenas um exemplo - “(...) *mudei de cidade, portanto não fazia sentido as deslocações.*” (participante 33).

Quanto à categoria O Terapeuta mudou de instituição (N=4) é exemplo disso - “(...) *as psicólogas mudaram de instituição e acabei por não prosseguir acompanhamento*” (participante 52). A Baixa frequência de consultas (N=3) também foi mencionada pelos participantes - “*Consultas mensais não ajudam em situação de ataque de ansiedade, teria de ter mais consultas*” (participantes 121).

Por último, a categoria Não foi feita remarcação após férias (N=1) contém apenas uma resposta: “(...) *Após pausa, por férias do terapeuta, de cerca de um mês, decidi não retomar o acompanhamento*” (participante 148).

A categoria Custo Financeiro acaba por se destacar mais do que as restantes remetendo este fator como um dos principais para o *dropout* corroborando com a literatura (e.g; Knox et al., 2011; Pekarik, 1985).

*Domínio 4: variáveis relacionadas com o processo psicoterapêutico.* Para este último domínio, foram criadas duas categorias referentes a variáveis do processo psicoterapêutico. As categorias são as seguintes: Não foram sentidas diferenças durante o processo (N=26) e Estagnação do processo (N=5).

A primeira razão mais evidenciada para a desistência do processo terapêutico é o fato de Não terem sido sentidas diferenças significativas durante o processo (N=26) – “(...) *não achei que estivesse a fazer muito progresso.*” (participante 65), “(...) *inexistência de melhorias*” (participante 161), “(...) *a minha forma de avaliar e pensar as situações não se alterou (...)*” (participante 77), “(...) *Não aprendia nada de novo, nem ganhava mais insight sobre mim. Não tinha ganhos com as sessões (...)*” (participante 62).

A outra variável do processo psicoterapêutico também relevante e expressa pelos participantes é a Estagnação do Processo (N=5) – “*Senti que já tinha oferecido tudo o que poderia oferecer*” (participante 24), “*Senti que estava num impasse há muito tempo (...)*” (participante 49).



Um resultado interessante é o fato de neste domínio a categoria predominante ser “Não foram sentidas diferenças significativas” acabando por se tornar uma das categorias mais mencionadas pelos participantes e que acaba por ir de encontro à literatura – clientes que não sentem diferenças significativas e que sentem que o processo “não está a levar a lado nenhum” acabam por realizar *dropout* (e.g., Hunsley et al., 1999).

**Análise quantitativa (Q2).** Foi realizada também para esta questão uma análise de associação entre categorias. Foi possível verificar quatro resultados significativos ( $p < 0.05$ ) entre as categorias apesar de a magnitude da sua relação ser positiva e fraca. A categoria Custo Financeiro apresentou um nível de associação significativa com a categoria Pressão Familiar ( $\chi^2=9.947$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi=0.234$ ). A categoria Falta de estabelecimento de limites apresentou uma associação significativa com a categoria Falta de Motivação ( $\chi^2=9.446$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi=0.234$ ). A Dificuldade no agendamento de consultas apresentou uma associação significativa com duas categorias – Baixa Frequência de consultas e Esquecimento do conteúdo relatado em sessões anteriores com valores de análise idênticos ( $\chi^2=8.133$ ;  $p=0.004$ ;  $\phi=0.217$ ).

Um dos resultados relevantes desta análise é o fato de podermos inferir que os participantes que referem como motivo de desistência o custo financeiro revelam sentir pressão familiar para desistir do processo psicoterapêutico. Isto poderá dever-se ao fato de algumas pessoas ainda se encontrarem dependentes em termos financeiros de elementos da sua família como é possível verificar através das respostas dadas. Por outro lado, a Falta de motivação encontra-se associada à falta de estabelecimento de limites por parte do terapeuta na sessão. Uma vez que o terapeuta não estabelece limites com o cliente isto poderá levar a que o cliente se sinta desconfortável e/ou constrangido com postura adotada pelo terapeuta levando assim a uma falta de motivação e/ou confiança para continuar o processo.

A Dificuldade no agendamento de consultas encontra-se associada a uma variável de acessibilidade e a uma variável do terapeuta. A dificuldade no agendamento de consultas poderá levar a uma baixa frequência das mesmas criando um maior espaçamento entre as sessões que poderá implicar um esquecimento por parte do terapeuta de assuntos relevantes do cliente.

### **Comparação entre razões iniciais e razões de desistência do processo psicoterapêutico**

**Comparação questão razão inicial vs. razão desistência (Q1).** Apenas três resultados se mostraram estar significativamente associados tendo uma magnitude de associação fraca positiva - os participantes que relatam ter iniciado devido a sintomas depressivos acabam por seleccionar de forma significativa a pressão sentida face à sua rede social e familiar ( $\chi^2=10.637$ ;  $p= 0.005$ ;  $\phi =0.248$ ). O participante que refere como razão de início de processo dificuldades sexuais refere como principal razão de desistência associada o não se sentir confortável para resolver algumas questões da forma proposta pelo terapeuta ( $\chi^2=7.694$ ;  $p= 0.005$ ;  $\phi =0.211$ ). Este resultado acaba por ser interessante, mas pode ser apenas um artefacto estatístico uma vez que apenas se tem um participante nestas condições.

Por fim, os participantes que iniciam o processo por questões relacionadas com Automutilação/ Ideação Suicida acabam por estar significativamente associados à razão de terem decidido fazer uma pausa e não terem remarcado a sessão seguinte ( $\chi^2=7.165$ ;  $p= 0.007$ ;  $\phi =0.204$ ). O fato de os participantes terem seleccionado esta opção dá-nos pouca informação relativa à razão de desistência. Poderemos pôr como hipótese que os indivíduos não se sentiam confortáveis ou compreendidos pelo terapeuta ou que existem outros fatores como a acessibilidade que acabaram por condicionar o processo e por isso decidiram fazer uma pausa.

**Comparação questão razão inicial vs. Razão desistência (Q2).** Através desta análise foram recolhidos onze resultados significativos ( $p<0.05$ ) sendo que apenas quatro deles apresentam uma magnitude de associação superior a 0.300.

Começando pelos dois resultados que revelaram uma relação positiva forte: Os participantes que começaram por razões relacionadas com distúrbios alimentares desistem e estão associados à falta de estabelecimento de limites por parte do terapeuta ( $\chi^2=27.662$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi = 0.400$ ); os participantes que iniciaram o processo por questões de luto estão associados à variável de desistência – não foi feita remarcação após férias ( $\chi^2=33.795$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi =0.442$ ).

Dois resultados demonstraram ter uma magnitude de associação moderada positiva: Os participantes que referem ter iniciado o processo por questões relacionadas com sintomatologia depressiva acabam por estar associados à questão - Constrangimentos por parte do cliente em expor os seus problemas ( $\chi^2=16.417$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi = 0.308$ ); os participantes que começaram por questões relacionadas com Automutilação / Ideação Suicida encontram-se associados à variável – “Fiz pausa no acompanhamento” ( $\chi^2=16.875$ ;  $p=0.000$ ;  $\phi = 0.312$ ).

Os sete resultados que apresentaram uma magnitude de associação fraca positiva: os participantes que relatam ter iniciado o processo terapêutico por questões relacionadas com a sua atividade profissional acabam por se encontrar associados com as razões de desistência relativas à dificuldade no agendamento de consultas ( $\chi^2=13.086$ ;  $p= 0.000$ ;  $\phi =0.275$ ); os participantes que referem ter iniciado por motivos escolares acabam por referir questões relacionadas com a quebra de confidencialidade por parte do terapeuta ( $\chi^2=13.007$ ;  $p= 0.000$ ;  $\phi =0.274$ ); os participantes que referem ter iniciado o processo devido a uma perturbação de adaptação acabam por referir como razões de desistência o fato de já se encontrarem melhores ( $\chi^2=11.432$ ;  $p= 0.001$ ;  $\phi =0.257$ ); o participante que referiu ter iniciado devido a dificuldades sexuais associa-se a duas categorias de desistência – Falta de empatia ( $\chi^2=11.423$ ;  $p= 0.010$ ;  $\phi =0.257$ ) e Desconforto proporcionado pelo terapeuta ( $\chi^2=8.152$ ;  $p= 0.040$ ;  $\phi =0.217$ ); os participantes que iniciaram o processo por questões relacionadas com o desenvolvimento pessoal encontram-se associados com a categoria Baixa frequência de consultas ( $\chi^2=10.081$ ;  $p= 0.001$ ;  $\phi =0.241$ ). Por último, os participantes que iniciaram o processo psicoterapêutico por

questões de luto encontram-se associados à razão de desistência – Problemas relacionados com a distância ( $\chi^2=7.132$ ;  $p= 0.008$ ;  $\phi =0.203$ ).

Discutindo os 2 resultados que se demonstraram com uma relação positiva forte: clientes que apresentam distúrbios alimentares são definidos como clientes impulsivos e/ou desregulados emocionalmente (Fassino, Pierò, Tomba, & AbbateDaga, 2009). Assim podemos pôr como hipótese que indivíduos que apresentam este tipo de distúrbio acabam por atribuir ao terapeuta sentimentos negativos para a cessação do processo, entre eles a falta de estabelecimento de limites do terapeuta. Quanto ao segundo resultado apenas temos um participante que respondeu como razão de desistência – não ter sido feita remarcação de consulta após férias. Assim podemos apenas considerar este resultado como um artefacto estatístico.

Um resultado interessante prende-se com a existência da relação entre a razão inicial automutilação/ ideação suicida e a razão de desistência ser pausa no acompanhamento. Este resultado mostra-se significativo em ambas as análises feitas (razões de início vs. Q1; razões de início vs. Q2). No entanto, apenas 3 participantes reportaram como razão de desistência pausa no acompanhamento na Q2. Deveremos ter em consideração que esta razão de desistência acaba por ser lata podendo incluir outros fatores que condicionaram o processo – variáveis relacionadas com o cliente, com o terapeuta, com o processo e/ou com a acessibilidade.

O presente estudo permitiu a exploração das principais variáveis associadas ao *dropout* em contexto psicoterapêutico, o que poderá permitir uma reflexão acerca de formas de prevenção eficazes do mesmo. De salientar que o fato de apenas um mês se terem obtido 173 respostas ao questionário pode ser um indicador da importância deste tema e da necessidade de criar mecanismos de prevenção do *dropout*.

Foi possível verificar que, existem uma série de variáveis inerentes ao processo psicoterapêutico - as variáveis do cliente, do terapeuta e do processo constituindo uma tríade

com diferentes fatores que se encontram em interação uns com os outros desde o começo até ao final do processo psicoterapêutico. No entanto, não nos poderemos esquecer das variáveis de acessibilidade às quais muitas vezes não é dada a devida relevância e que podem comprometer a continuação do processo psicoterapêutico como é o caso do custo financeiro.

Assim, podemos afirmar que a responsabilidade da continuidade do processo terapêutico acaba por ser partilhada, bem como, consequentemente, o sucesso da terapia. Por um lado, o terapeuta deverá investir o seu tempo na implementação de estratégias que minimizem o *dropout* (Rubin, Doley, & Zilcha-Mano, 2016). Devem ser adotados comportamentos positivos de reparação da relação como, por exemplo, o fortalecimento da esperança no processo, o acesso e a discussão do progresso da terapia. Estes comportamentos poderão refletir algumas características do terapeuta e contribuir para o sucesso da terapia e consequentemente eliminar algumas crenças negativas que o cliente possa ter face ao terapeuta, como – falta de interesse ou desvalorização por parte do mesmo, indiferença face ao problema exposto, entre outros (Gulum, Soygut, & Safran, 2016). Por outro, o cliente deverá ter à-vontade para expor os seus problemas vendo assim o terapeuta como uma fonte de apoio que lhe disponibiliza ferramentas úteis para o seu desenvolvimento intra e interpessoal.

O conhecimento das tendências de resposta dos indivíduos pode ser um contributo valioso, se tomado em consideração, que poderá ajudar os terapeutas a minimizar a ocorrência deste fenómeno.

### **Limitações**

Uma das limitações deste estudo prende-se com a temporalidade do mesmo. Dado a recolha de dados ser feita em retrospectiva, não foi possível controlar variáveis, tais como sintomatologia ou perturbações de personalidade à data do início e fim do processo.

Apesar de haver uma questão fechada acerca de presença de sintomatologia depressiva ou ansiosa no questionário, a mesma poderá ter condicionado a resposta à questão aberta relativa às razões que levaram a iniciar o processo terapêutico do qual fez *dropout*.

O fato da categorização das razões de desistência não ser mutuamente exclusiva poderá limitar as conclusões associadas aos resultados encontrados. No entanto, tendo este estudo um caráter exploratório pretendeu-se estudar todos os resultados considerados significativos.

Espera-se que este trabalho tenha contribuído para o estudo do *dropout* em Portugal e que estimule o desenvolvimento de estudos futuros.

### **Estudos Futuros**

Para estudos futuros, seria relevante um melhor controlo de variáveis, nomeadamente a avaliação da personalidade e da sintomatologia apresentada pelo indivíduo.

Existem também algumas questões que poderiam ter complementado a informação relativa ao *dropout* como por exemplo o modelo terapêutico utilizado pelo terapeuta.

Seria interessante um aprofundamento do tema, como recurso a metodologias qualitativas, quer com entrevistas a clientes, de forma a clarificar e aprofundar a perceção do *dropout*, quer com estudos de casos longitudinais com diádes terapêuticas de forma a compreender melhor a interação de diferentes variáveis associadas ao fenómeno.

### **Referências Bibliográficas**

- Almeida. J. & Xavier., M. (2008), *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental- 1º Relatório*. Ed: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Lisboa. Local: Lisboa.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 574–585. DOI:10.1037/0735-7028.26.6.574
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247.

- Bellack, A. S., Hersen, M., & Himmelhoch, J. M. (1983). A comparison of social-skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 21(2), 101–107. DOI:10.1016/0005-7967(83)90153-5
- Benetti, S. P., & Cunha, T. R. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48-59.
- Beyebach, M., & Carranza, V. E. (1997). Therapeutic interaction and dropout: Measuring relational communication in solution-focused therapy. *Journal of Family Therapy*, 19(2), 173-212.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252-260.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). pp. 77-101.
- Budman, S., Demby, A., & Randall, M. (1980). Short-term group psychotherapy: Who succeeds, who fails?. *Group*, 4(4), 3-16.
- Deyo, R. A., & Inui, T. S. (1980). Dropouts and broken appointments: a literature review and agenda for future research. *Medical Care*, 18(11), 1146-1157.
- Dew, S. E., & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 21-33.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC psychiatry*, 9(1), 1-9.

- Fiester, A. R., Mahrer, A. R., Giambra, L. M., & Ormiston, D. W. (1974). Shaping a clinic population: The dropout problem reconsidered. *Community Mental Health Journal*, 10(2), 173-179.
- Fleischer, J. A., & Wissler, A. (1985). The therapist as patient: Special problems and considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 587-594.
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica; em busca de definição Treatment dropout in psychoanalytical psychotherapy; searching for definition. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247-254.
- Hatchett, G. T., & Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226-231.
- Hauck, S., Kruehl, L. R. P., Sordi, A. O., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., ... & Freitas, L. H. M. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Vol. 29, n. 3 (set./dez. 2007)*, pp. 265-273.
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 380-388.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154-167.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45-53.



- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. (2014). Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 76-80.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística- Com utilização do SPSS* (3rd ed., pp. 103-111). Lisboa: Sílabo.
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(2), 117-123.
- Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., Druss, B., Wang, P. S., & Kessler, R. C. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60(7), 898-907.
- O’Keeffe, S., Martin, P. , Ian M.Goodyer, I.,Wilkinson, P., Consortium, I., & Midgley, N., (2017). Predicting dropout in adolescents receiving therapy for depression, *Psychotherapy Research*, 1-14. DOI: 10.1080/10503307.2017.1393576
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(1), 114-123.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 91-98.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557-575.

- Prada, M., & Garrido, M. V. (2013). Conhecer as regras do jogo: Uma introdução às normas para a escrita científica da American Psychological Association. *Psicologia*, 27(2), 101-143.
- Pureza, J., da Silva Oliveira, M., & Andretta, I. (2013). Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Argumento*, 31(74), 561-568.
- Rebelo., R.T. (2013). *Perspectivas dos terapeutas e dos clientes acerca da desistência da psicoterapia* (Tese de Mestrado). Escola de Psicologia da Universidade do Minho. Braga.
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123-136.
- Roos, J., & Werbart, A. (2011). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418.
- Roseborough, D. J., McLeod, J. T., & Wright, F. I. (2015). Attrition in psychotherapy: a survival analysis. *Research on Social Work Practice*, 26(7), 1-13.
- Rubin, A., Doley., T., & Zilcha-Mano, S. (2016). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2016.1241910
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(2), 126-143.

- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645.
- Smith, K. J., Subich, L. M., & Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 34-39.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 21(2), 1-8.
- Swift, J., Spencer, J. & Goode, J. (2018). Improving psychotherapy effectiveness by addressing the problem of premature termination: Introduction to a special section, *Psychotherapy Research*, 28(5), 669-671. DOI: 10.1080/10503307.2018.1439192
- Volkan Gülüm, I., Soygüt, G. & Safran, J., (2016). A comparison of pre-dropout and temporary rupture sessions in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, DOI:10.1080/10503307.2016.1246765
- Warnick, E. M., Gonzalez, A., Robin Weersing, V., Scahill, L., & Woolston, J. (2011). Defining dropout from youth psychotherapy: How definitions shape the prevalence and predictors of attrition. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 76-85.
- Weissman, M. M. (1974). Treatment Effects on the Social Adjustment of Depressed Patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(6), 771-778. DOI:10.1001/archpsyc.1974.0176012003

# ANEXOS

## **ANEXO A**

### **Questionário do estudo**

Caro/ (a) participante,

Para participar na seguinte investigação deverá ter mais de 18 anos e de ter desistido pelo menos de um acompanhamento psicológico.

A pesquisa para a qual pedimos a sua colaboração decorre no âmbito de um projecto de investigação da mestranda Ana Oliveira, em Psicologia Clínica, orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, com a finalidade de estudar as razões que levam as pessoas a não dar continuidade a um acompanhamento psicológico.

A sua participação nesta pesquisa é de carácter voluntário, pelo que a decisão de participar é livre e pessoal. Deste modo, pode recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento se o desejar. A sua participação será de extrema importância, uma vez que facilitará a concretização deste estudo e o avanço do conhecimento científico.

A sua participação terá um único momento, a duração aproximada de 20 minutos e consiste em responder a um conjunto de questões online na plataforma Qualtrics. A equipa de investigação garante a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos na plataforma e apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos mesmos.

Ao prosseguir garante que tem mais de 18 anos e que já teve pelo menos um acompanhamento psicológico ao qual não deu continuidade, que leu e concordou com as indicações acima, e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Caso esteja interessado, numa fase posterior, em receber alguma informação adicional deste estudo poderá entrar em contacto através do email [anabritoliveira@hotmail.com](mailto:anabritoliveira@hotmail.com).

Obrigada pela sua participação,

A equipa de investigação:  
Ana Oliveira  
Ana Nunes da Silva  
Faculdade de Psicologia  
Universidade de Lisboa

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino

**Nível de escolaridade:**

☐ 4º ano ☐ 9º ano ☐ 12º ano ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐  
Pós-Graduação ☐ Doutoramento

**Estado civil:**

☐ Solteiro(a) ☐ Casado (a) / União de Facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado (a)  
/Separado (a)

**Situação profissional:**

☐ Activo ☐ Estudante ☐ Desempregado ☐ De Baixa ☐ Reformado

Profissão: \_\_\_\_\_

**Actualmente apresenta alguns sintomas que possam ser enquadrados num padrão de  
sintomatologia depressiva e/ou sintomatologia ansiosa?**

☐ Não

☐ Sim ☐ Sintomatologia Depressiva ☐ Sintomatologia Ansiosa

**Tem alguma dificuldade a nível psicológico/psiquiátrico?**

☐ Sim

☐ Não

**Neste momento, está a ter algum acompanhamento médico?**

☐ Não

☐ Sim ☐ Médico de Família ☐ Psiquiatra

Outro? \_\_\_\_\_

**Faz alguma medicação?**

☐ Não

☐ Sim

☐ AntiDepressivos

☐ Estabilizadores de humor

☐ Antipsicóticos

☐ Ansiolíticos/Indutores do sono

Outros? \_\_\_\_\_

**Neste momento, está a ter acompanhamento psicológico?**

☐ Sim

☐ Não

**Se sim, há quanto tempo está a ser acompanhado?**

\_\_\_\_\_

**Número de acompanhamentos psicológicos anteriores:**

\_\_\_\_\_

**Desistiu mais do que um acompanhamento psicológico?**

☐ Não

☐ Sim      Quantos? \_\_\_\_\_

**Relativamente ao acompanhamento que desistiu:** *(Se desistiu de mais do que um acompanhamento, por favor, remeter para o último)*

- Contexto: ☐ Hospitalar    ☐ Centro de Saúde    ☐ Consultório privado
- Duração do acompanhamento (meses): \_\_\_\_\_
- Número de sessões a que foi: \_\_\_\_\_
- Com que frequência ia às consultas:
  - ☐ Semanalmente    ☐ Quinzenalmente    ☐ Mensalmente

- Razões pelas quais iniciou acompanhamento psicológico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

---

**Na sua perspectiva, quais foram os motivos que o levaram a desistir do acompanhamento psicológico referido na pergunta anterior:**

*(Pode assinalar mais do que uma opção)*

- ☐ Não senti necessidade de continuar a terapia
- ☐ Era difícil conciliar os meus horários com a terapia
- ☐ Não tinha possibilidade económica para continuar o acompanhamento psicológico
- ☐ Sentia que existiam menos benefícios do que ganhos durante o acompanhamento
- ☐ Senti que não existiu uma grande evolução durante o processo
- ☐ Senti pressão por parte de familiares, amigos ou parceiro/a para terminar o acompanhamento
- ☐ Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o (a) meu/minha terapeuta
- ☐ Sentia que a terapia exigia demasiado de mim
- ☐ Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar
- ☐ Não simpatizava com o (a) meu/minha terapeuta
- ☐ Sentia que o (a) meu/minha terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas
- ☐ Sentia que o(a) meu/minha terapeuta não era empático comigo quando expunha os meus problemas
- ☐ Senti que já conseguia lidar com os meus problemas sozinho
- ☐ Não me sentia com motivação para ir às consultas
- ☐ Não me sentia confortável para resolver algumas questões da forma proposta pelo (a) terapeuta

☐ Decidi fazer “uma pausa” no acompanhamento e acabei por não remarcar a sessão seguinte

☐ Não me encontrava interessado em continuar o acompanhamento

☐ Sinto que as minhas expectativas iniciais mudaram ao longo do processo

**Relativamente aos motivos assinalados na questão anterior, pedia-lhe que descrevesse de forma mais pormenorizada as questões que considera que tiveram mais impacto na sua decisão de ter desistido do processo terapêutico.**

---

---

## **ANEXO B**

### **Blocos temáticos – Razões Iniciais**

*Respostas das razões iniciais dos participantes dispostas em blocos temáticos*

---

<i>Pressão Familiar</i>	1 - Pensavam que estava mal e como pensavam que eu não tinha idade para decidir,  decidiram por mim.  4 -pressão da minha mãe  25- Rebeldia infantil  39- Má fase na adolescência, os meus pais sentiram que eram bom ter um acompanhamento  72- A minha mãe considerou que precisaria dum acompanhamento profissional na fase da adolescência.  183- Pedido dos pais por consumo de substâncias canabinóides
-------------------------	---

---

<i>Perturbação de</i>	11 -divórcio dos meus pais
<i>adaptação</i>	29- Situação de divorcio
<i>(divórcio do</i>	139- Divórcio
<i>próprio, divórcio</i>	140- Situação de divórcio dos pais conturbada
<i>dos pais,</i>	147- divórcio e aborto espontâneo
<i>separação</i>	182- Separação
<i>amorosa)</i>	46- Término de um relacionamento, sintomas de depressão  113 – Escola e fim de uma relação

---

<i>Luto</i>	<p>28- morte de uma figura de vinculação</p> <p>87- Dificuldade de lidar com a morte e perda</p> <p>91- Morte de familiar e fim de relação amorosa</p> <p>96- Falecimento de pai</p> <p>148- Luto familiar</p>
<i>Automutilação</i>	14 -auto-mutilação
<i>Ideação suicida</i>	<p>18 -auto-mutilação</p> <p>62- Por tentativa de suicídio</p> <p>65- Auto mutilação</p> <p>71- Tentativa de suicídio e depressão profunda</p> <p>120- Tentativa de suicídio</p> <p>142- Automutilação, desespero, ideação suicida, depressão, ansiedade</p> <p>149- Depressão, tendências suicidas, aparente TOC</p> <p>173- pensamentos suicidas e homicidas, agressividade e depressão</p> <p>136- lesões auto-inflingidas</p> <p>75- Bulimia e autoagressões</p> <p>169- sintomatologia obsessiva, sintomas depressivos, e ansiosos, ideação suicida, comportamentos auto-lesivos, relação doentia com outra pessoa...</p>
<i>Dificuldades Sexuais</i>	174 – Foi-me diagnosticado vaginismo

---

<i>Indicação por outro profissional</i>	74- Indicação de outro profissional  92- Terapeuta  127- a conselho da psiquiatra  76- encaminhamento por outro psicólogo, problemas familiares, dificuldades emocionais  31- Não sei, simplesmente me aconselharam.
<i>Desenvolvimento pessoal</i>	157- por sentir que precisava de ajuda  158- Para me conhecer melhor  171- Queria-me compreender melhor e reduzir o tempo que procrastino  117- Auto-conhecimento; preparação para iniciar os acompanhamentos psicológicos no meu estágio acadêmico de Psicologia  115- Necessidade de orientação e ajuda para lidar com um grande sentimento de culpa  101- Estava iniciando o curso de psicologia e gostaria de me conhecer melhor e conhecer o trabalho de clínica
<i>Distúrbios alimentares</i>	141 – Anorexia  38- Perturbação alimentar e ansiedade  53 -Trabalhar ansiedade e compulsão alimentar.

---

<i>Questões interpessoais</i>	<p>50 -Dificuldades familiares</p> <p>63- Conflito interparental</p> <p>64- problemas familiares, inseguranças</p> <p>73- Estava num relacionamento tóxico, maus tratos</p> <p>77- problemas familiares</p> <p>114- Problemas familiares e amorosos</p> <p>131- Problemas com família e homossexualidade</p> <p>162-Problemas relacionais</p> <p>84- Superar hesitação em comunicar com outros, extrema timidez</p> <p>70- Sentir-me isolada, desconfortável em situações sociais, e com uma tristeza esmagadora</p>
<i>Questões relacionadas com a atividade profissional</i>	<p>60- Questões laborais</p> <p>130- Desmotivação relativa à situação de inatividade profissional</p> <p>97- Estava trabalhando mais de 12 horas achava que era ainda pouco...</p>
<i>Motivos escolares (queda de resultado, aproveitamento escolar)</i>	<p>108- problemas escolares e familiares</p> <p>143- Queda de resultados escolares</p> <p>165- Escola</p>

---

*Sintomatologia*

*Depressiva*

5 -Episódio Depressivo

15 -Insegurança

8 -Sintomatologia depressiva/esgotamento psicológico

13 -Sintomas de depressão

123- Auto-conhecimento e sintomatologia depressiva

80- TOC e depressão

42- Um grave break up retirou completamente as minhas bases de suporte para a minha felicidade, e comecei um ciclo depressivo

43- Depressao

26- Ajuda a resolver problemas psicológicos

45- Sintomatologia

55 - ligeira depressão

58 – Depressão

67- Depressão

94- Sintomatologia depressiva, muita confusão devido a várias situações da minha vida.

Senti que precisava de me re-organizar e que havia acontecimentos do meu passado que estavam a influenciar o meu presente.

95- Depressão

102- Depressão

103- Sintomatologia depressiva na adolescência

106- Depressão



---

129- Depressão

137- Depressão

145- estado depressivo

150- Sintomas depressivos

151- Suposta depressão

167- estado depressivo

172- Depressão

177- Indícios depressivos

23 – Tristeza profunda/desgosto

27- Depressão

30- Depressão

144 – Depressão; problemas relacionais

---

*Sintomatologia*

155- Ansiedade

*Ansiosa*

170- Porque senti que necessitava

160- Ataques de pânico e ansiedade

35- Instabilidade emocional, precisava de desabafar

163- Sintomatologia ansiosa

164- Ansiedade. Não conseguir lidar com o stress do dia-a-dia

166- Ansiedade. Problemas pessoais urgentes.

168- Ansiedade

175- ataques de ansiedade e pânico

---

176- Ansiedade

179- Ansiedade e sentimento de perda

116- Necessidade de apoio para sintomatologia ansiosa

121- Ansiedade

126- Ansiedade

61- Ansiedade, querer melhorar enquanto pessoa, conhecer o lado de lá da profissão,

uma vez que sou psicóloga

135- estava com ansiedade

69- Ansiedade; dúvidas vocacionais

68- Distúrbio obsessivo-compulsivo

24- Sintomas de distúrbio obsessivo

40- fobias de integração profissional e autoestima

36- ansiedade

47- Ansiedade

48- Sintomas de ansiedade

49 -Ansiedade

52- Falta de concentração, ansiedade e comportamentos agressivos

54- Ansiedade, estresse, medos...

---

66- Ataques de ansiedade

81- ansiedade constante

6 -Ansiedade

9 -Esgotamento nervoso, ansiedade

79- Ansiedade constante

89- Crises de ansiedade frequentes, insônia, instabilidade emocional

88- ansiedade, descida das notas

83- Ano muito stressante, devido ao estágio, tese e ao facto de passar

3/4 dias noutra cidade que não a minha por causa do estágio

93- Altos níveis de stress, baixo senso de autoestima,

dificuldade em lidar com frustrações

119- Ansiedade Generalizada; Traços obsessivos da personalidade;

152- porque comecei a ter ataques de pânico

161- Ansiedade em transportes

128- Ataques de pânico e dificuldades de me inserir na sociedade

105- Sintomas de ansiedade, questões de tomada de decisão e

escolha de percurso académico

104- Sintomatologia associada a Ansiedade e a Perturbação Obsessiva Compulsiva

---

86- Fobia social

98- Fase exacerbada do problema

21 – Ansiedade

32 – Ansiedade/Gestão de dificuldades relacionais

33 – Ansiedade

132 – Ansiedade e problemas familiares

146- Sempre fui ansiosa e estava numa época académica complicada, assim como cheia de problemas no seio familiar

20- Stress

*Sintomatologia  
depressiva e  
ansiosa*

2 - momento de crises ansiosa, com alguns sintomas depressivos

159- sintomatologia depressiva e quadro de ansiedade a agravar

124- desinteresse escolar, depressão e ansiedade

37-ansiedade/estado depressivo

82- ansiedade, depressão e cansaço generalizado

85- Depressão Clínica, Ansiedade

19 -Falta de confiança

110- sentimentos de depressão, ansiedade, alterações de humor súbitas, etc

---

112- sintomas de depressão e ansiedade

118- Ansiedade e princípio de depressão

134- Depressão/ansiedade

138- depressão e ansiedade associada a ataques de pânico

153- sintomas depressivos e ansiosos

156- Ansiedade/Depressão

181- Senti-me depressivo, nada fazia sentido, falta de ânimo com a vida

56 - Ansiedade, crises de pânico e depressão

57- Internamento

90- Iniciativa própria

125- Resolução conflitos internos

17- Depressão e Ansiedade

---

<i>Declaração</i>	7 -Declaração para outros fins
-------------------	--------------------------------

---

<i>Falta de</i>	22- 0
-----------------	-------

<i>compreensão da</i>	100- Acabei por não priorizar
-----------------------	-------------------------------

<i>questão colocada</i>	109- não gostei
-------------------------	-----------------

---

---

154- Sentia me melhor

111- A terapeuta era bastante antipática e nada fazia para entender como me sentia...

A culpa era sempre minha, a terapeuta muitas vezes dizia que eu estava naquele estado porque queria.

44 -Pensava que estava melhor

51- já não era necessário

---

<i>Outras</i>	99 – Hiperatividade déficit de atenção e impulsividade
---------------	--

<i>perturbações</i>	122 - Perturbações de personalidade
---------------------	-------------------------------------

	133- Trauma durante adolescência
--	----------------------------------

---

## **Anexo C**

### **Frequência das Razões Iniciais**

*Razões pelas quais o participante iniciou o processo do qual desistiu*

Razão Inicial	Frequência (n= 173)
Sintomatologia Ansiosa	49
Sintomatologia Depressiva	31
Sintomatologia Ansiosa e Depressiva	20
	12
Automutilação/ Ideação suicida	
Questões interpessoais	10
Perturbação de Adaptação	8
Desenvolvimento Pessoal	8
Falta de compreensão da questão colocada	7
Pressão Familiar	6
Luto	5
Indicação por outro profissional	5
Motivos Escolares	3
Distúrbios Alimentares	3
Questões relacionadas com a actividade profissional	3
Outras Perturbações	3
Dificuldades Sexuais	1
	1
Declaração	



## **ANEXO D**

### **Frequência das opções da questão (Q1)**

*Frequência das seleções de resposta para a desistência do processo psicoterapêutico (Q1)*

	Frequência (N)	Porcentagem (%)
“Não senti necessidade de continuar a terapia”	49	28.3%
“Senti que não existiu uma grande evolução durante o processo”	48	27.7%
“Não me sentia com motivação para ir às consultas”	45	26%
“Comecei a sentir-me melhor e achei que poderia parar”	42	24.3%
“Não tinha possibilidade econômica para continuar o acompanhamento psicológico”	39	22.5%
“Não me sentia confortável para resolver algumas questões da forma proposta pelo terapeuta”	38	22%
“Senti que já conseguia lidar com os meus problemas sozinho”	37	21.4%

“Sentia que o/a meu/minha terapeuta não empático comigo quando expunha os meus problemas”	37	21.4%
“Sentia que o meu terapeuta não me ouvia e que não compreendia os meus problemas”	36	20.8%
“Não simpatizava com o meu terapeuta”	35	20.2%
“Sentia que existiam menos benefícios do que ganhos durante o acompanhamento”	33	19.1%
“Não me encontrava interessado em continuar o acompanhamento”	30	17.3%
“Decidi fazer “uma pausa” no acompanhamento e acabei por não remarcar a sessão seguinte”	26	15%
“Não me sentia confortável a falar dos meus problemas com o meu terapeuta”	20	11.6%
	19	11%
“Era difícil conciliar os meus horários com a terapia”		
“Senti pressão por parte de familiares, amigos ou parceiro/a para terminar o acompanhamento”	15	8.7%

“Sinto que as minhas expectativas iniciais mudaram ao longo do processo”	12	6.9%
--	----	------

“Sentia que a terapia exigia demasiado de mim”	9	5.2%
--	---	------

---

## **Anexo E**

### **Blocos temáticos - Razões de Desistência (Q2)**

*Blocos temáticos das razões de desistência do processo (Q2)*

<i>“Fiz uma pausa no acompanhamento”</i>	163 – <u>Viajei depois da pausa e não regressei</u>
	149- <u>Fiz uma pausa no acompanhamento e acabei por não remarcar outra consulta</u> , devido a sentir-me melhor naquela altura
	169) primeiramente, começou por ser uma questão de incompatibilidade de horário, depois passou a ser impedimentos económicos juntamente com pressão da família pela questão de já estar lá há muito tempo e por estar a gastar muito dinheiro, então <u>decidi fazer uma pausa</u> , durante a pausa senti várias vezes a necessidade de retomar o acompanhamento mas hesitei sempre por causa da questão de ter de surgir outra vez o assunto lá em casa e por causa do dinheiro, então fui adiando cada vez mais, e acabou por passar tanto tempo que já não tive coragem de voltar a ponderar sobre o assunto e decidi arranjar ajuda noutra sitio que fosse mais barato.....
<i>Não foi feita remarcação após férias</i>	148) Na altura, a Terapeuta remarcava com muita frequência as consultas, pedindo para ir mais cedo ou mais tarde, para poder encaixar outros doentes e não me pareceu correto. Após uma pausa, por férias da Terapeuta, <u>de cerca de um mês, decidi não retomar o acompanhamento</u>
<i>Problemas relacionados com a distância</i>	96) <u>A psicóloga onde ia era em Coimbra e eu vivia na Guarda, fazendo com que a minha mãe me levasse lá sempre que tivesse consulta.</u>
	Adicionalmente, comecei a ter melhorias no meu processo.
	79) Nenhuma das opções visto que poderia ter continuado a terapia mas <u>devido ao facto de ter</u>

---

mudado de país. Mas para além disso foi combinado entre ambas as partes, a data final da terapia, sendo que no final de contas não foi bem desistir.

33) Tinha 12 anos e acho que simplesmente cresci um bocado, e mudei de cidade portanto não fazia sentido as deslocações

123) Factores económicos e por ter ido trabalhar para outro país

*Dificuldades no agendamento de consultas*

- a. *incompatibilidade de agendas*
- b. *incompatibilidade de agenda por parte do terapeuta*

97) a) Eu trabalho viajando no Brasil, quando cruzava meu cronograma de viagens com às consultas depois de um ano e achando que estava forte novamente, não remarcava.

128) a) A minha psicóloga adoeceu e houve semanas que ela precisou se ausentar, o que fez com eu fosse perdendo a coragem de voltar até não ter compatibilidade de horário com os dias em que a psicóloga dá consultas

56) b) O terapeuta parecia não escutar meus relatos e em sessões seguintes não lembrava qualquer informação já mencionada por mim, perguntava diversas vezes as mesmas coisas.\_ Durante os dois meses, desmarcou sessões diversas vezes. Me senti desmotivada a prosseguir, pois não sentia qualquer evolução no tratamento

150) a) Os horários tornaram-se difíceis de conciliar, sentir-me melhor e deixei passar o tempo, até que nunca mais remarquei consulta

117) b) Marquei uma das alinhas acima porque não me deixava continuar o questionário se não o fizesse. Na realidade não me revejo nos motivos acima descritos. A psicóloga não tinha disponibilidade horária para me atender e as sessões eram marcadas muita espaçadamente (inicialmente eram sessões mensais, que passaram a acontecer de 3 em 3 meses). Acontecia ainda, por questões de organização do serviço, as consultas serem canceladas e o secretariado esquecer-se de me avisar. Então eu aparecia no local para me ser dito que a Dr<sup>a</sup> não me poderia atender ou não estava. Apesar de gostar das sessões, de reconhecer mérito no trabalho da psicóloga e benefícios no acompanhamento, não podia continuar assim. Não era na realidade um acompanhamento, mais parecia um follow-up e considero uma falta de respeito deslocar-me ao local para depois ser informada que não podia ser atendida. Informei a psicóloga das minhas razões, marcámos uma sessão final e assim terminou o processo.

---

*Constrangimentos por parte do cliente  
em expor os seus problemas*

141) Estava resistente quanto ao tratamento

8) Essencialmente o facto de ter tido sempre muita dificuldade em expor os meus problemas e a forma como pensava ao terapeuta. Não considero que tenha sido um problema de falta de empatia ou empenho do lado dele. De todo o modo comecei a conseguir lidar melhor com os problemas e a encarar as situações de forma

---



---

diferente pelo que entendi que já não seria mais preciso o acompanhamento

63) Não estava à vontade para falar dos meus problemas e não senti que a terapeuta estava interessada em puxar por mim

5) 1. Não estava preparado para falar sobre os meus problemas, nem com a terapeuta, nem comigo mesmo. 2. Não sentia grande empatia da parte da terapeuta, nem sentia progresso. As sessões eram monótonas e "vazias". Não tinha (ou não sentia) nada de negativo para falar, e a terapeuta não puxava por mim.

151) Não conseguia abrir-se com ninguém

13) Sou muito reservada em relação aos meus problemas e acabava por não conseguir falar ou expor da melhor forma o que sentia/tinha acontecido. Fui forçada pelo meu pai a fazer o acompanhamento daí ter desistido.

91) Não estava preparado para ir mais fundo

94) Iniciei a terapia e estava com vontade de continuar. No entanto, não me era fácil partilhar o que sentia com uma pessoa desconhecida. Assinalei a opção relativamente à empatia, mas de facto nenhuma se adequa bem ao que aconteceu. O que se passou foi que tivemos 2 sessões e por motivos pessoais a terapeuta faltou nas sessões seguintes e eu nunca mais remarquei. Não foi estabelecida a relação terapêutica e isso desmotivou-me e fez com que não fosse mais.

---

---

*Desconforto proporcionado por parte do terapeuta*

109) achei que o meu terapeuta não me deixava muito a vontade para falar o que era desconfortável

181) As possibilidades económicas e achei que estava a falar com a parede porque a terapeuta não falava, só ouvia e só fazia perguntas "âncora" para dar continuidade do meu monólogo.

6) Acompanhamento mensal cognitivo-comportamental de apenas 20 minutos em que os primeiros 10 eram para falar do trabalho de casa feito e os outros 10 para falar do *tpc* para a próxima sessão. Ausência de relação. Pouca frequência das sessões

88) Devido aos horários das consultas tinha de faltar às aulas, a terapeuta propunha métodos com os quais eu não me sentia tão à vontade logo de início e ao expor as minhas inseguranças não tentou ajudar a ultrapassar esses problemas primeiro e não havia comunicação com os pais (era menor)

66) Quando era abordado o tema da minha vida profissional, insistia numa solução e encaminhava o assunto em algo que não se identificava de todo comigo e que eu não concordava. Referindo-o em várias sessões, não estando a ajudar

174) O psiquiatra não era empático. Por vezes, até parecia que me estava a julgar ou gozar comigo. Fazia sentir-me desconfortável, porque me tratava mesmo como se eu fosse estranha. E já tinha tido acompanhamento psicológico com outro médico e

---

---

tinha sido totalmente diferente. As diferenças entre um e outro eram bastante notórias.

168) Sentia ansiedade antes das consultas pois sentia que ia para uma situação desagradável. Pagava muito para me sentir desconfortável e pouco confiante na ajuda.

2) Desde início que não simpatizava muito com o terapeuta. Depois surgiram problemas económicos que só me deram "mais força" para acabar a terapia com ele. Depois comecei a perceber que ele não empatizava comigo e colocava em questão aquilo que eu dizia

83) A dificuldade em conciliar os horários com a terapia; o facto de a terapeuta estar a pressionar-me muito e de ser um pouco desadequada em algumas situações

144) Considero que um dos psicólogos em questão apresentava falta de profissionalismo, visto que não demonstrava empatia para comigo, para além de que falava e agia de uma forma que me fazia sentir constrangido em relação aos meus problemas, e também senti que não me "aconselhou" devidamente em relação aos mesmos.

171) As possibilidades económicas foram as mais pesadas, depois foram também essa falta de conforto para expor os meus problemas porque sentia que era muito só de falar sobre as minhas coisas sem saber qual a perspectiva que a terapeuta tinha sobre estes. Quando a questionava, sentia um certo evitamento.

---

---

93) A minha terapeuta deixou-me desconfortável, pois deixou-me com a sensação de que culpava a minha família pelos meus problemas e não me sentia à vontade com isso

65) Não me sentia confortável com a minha terapeuta, não sentia que pudesse partilhar tudo, não me senti compreendida e não achei que estivesse a fazer muito progresso.

39) a forma como a terapeuta, que se dizia psicóloga, expunha as sessões. quando me sentia menos confortável a desabafar (na altura do acompanhamento tinha 16 anos) porque sentia menos confiança ou a vontade para tal, ela virava-me para a parede, como castigo, e não me dirigia a palavra, tentando que de certa forma isso me obrigasse a falar, dizendo que eu boicotava as sessões, prq não queria falar, quando não sentia qualquer tipo de confiança ou segurança para tal

135) Não consegui ficar a vontade, não conseguia sentir que o tratamento estava me ajudando. Senti as psicólogas como estranhas...

138) Sentia que o meu terapeuta não ligava muito aos problemas que lhe contava, que os achava insignificantes. Isso fez com que não tivesse vontade de ir e não me sentia confortável para me abrir com ele porque achava que iria ser julgada. Isso aliado ao facto de achar que não estava a fazer grande diferença e ao facto de não ter muito dinheiro, fez-me desistir

73) O meu terapeuta era homofóbico e transfóbico

23) Principalmente a falta de empatia com a terapeuta. O facto de só ouvir e estar num

---

---

ambiente considerado "sério" e "formal" era desconfortável. Além disso ouvir e estar sempre a escrever num papel era algo desconfortável para mim. Afinal eu estava ali para falar e ser ouvida e não para estar numa espécie de "entrevista". (Foi precisamente isso que senti... ser entrevistada.)

177) Aumento da auto-estima, algumas perguntas demasiado incisivas por parte do terapeuta

10) Não simpatizei com a psicóloga e achei que aquilo que ela me dizia não fazia sentido, então abandonei. Penso que não tinha mesmo assente a minha necessidade de ter acompanhamento

104) A terapeuta insistiu, ao longo de várias sessões, em assuntos que eu considerava não terem qualquer relação com as questões que me levaram a procurar ajuda psicoterapêutica. Basicamente, eu sentia que a terapeuta estava a tentar "forçar" um certo modo de intervenção que não me parecia ser o adequado, tendo insistido no mesmo após eu ter explicado várias vezes que aquilo que ela estava a tentar fazer não era o que eu precisava e não se enquadrava no meu pedido de ajuda.

---

*“Consigo lidar com os meus problemas”*

7) a) Não senti que precisasse ou que me fosse ajudar.

a. *Não senti que precisasse ou que alguém externo me pudesse ajudar*

58) b) Considereei que já era capaz de lidar com os meus problemas de forma autónoma, não sentindo assim a necessidade de continuar a ter o acompanhamento anterior

b. *A partir de certa altura senti-me melhor para continuar sozinho*

---

---

170) b) Ao longo das sessões fui sentido melhorias naquilo que me levou a ter acompanhamento psicológico e por isso quando cheguei ao final dos 12 meses, senti que não necessitava mais pois já tinha acompanhado suficiente para puder ultrapassar tudo sozinha.

21) b) Pensei que a ansiedade que sentia estava melhor e que dali para a frente conseguia ultrapassar sozinha

26) b) Achava que as consultas já não tinham muito sentido, as bases de suporte e ajuda estavam lá, agora o resto do caminho tinha que ser em trabalho pessoal

84) b) Senti-me motivado para resolver os meus problemas sozinho, com base na informação recebida, e eventualmente senti que fiz progressos nesse sentido.

14) a) simplesmente achei que eu me podia ajudar mais a mim do que alguém que não me conhecia de lado nenhum, o que acabou por ser maioritariamente verdade na altura

18) a) Não achei que alguém que não me conhecia fosse resolver alguma coisa melhor que eu

31) a) Simplesmente conheço-me bastante bem, não sinto necessidade de falar com alguém sobre algo que sei a resposta, a única razão de ter tido acompanhamentos psicológicos foi sempre porque os meus familiares e amigos me recomendavam a pensar que iria ajudar.

---

---

143) a) O processo terapêutico deveria ter sido iniciado mais cedo e quando começou pensei que já não faria sentido e que conseguiria resolver os problemas sozinha

8) b) Essencialmente o facto de ter tido sempre muita dificuldade em expor os meus problemas e a forma como pensava ao terapeuta. Não considero que tenha sido um problema de falta de empatia ou empenho do lado dele. De todo o modo comecei a conseguir lidar melhor com os problemas e a encarar as situações de forma diferente pelo que entendi que já não seria mais preciso o acompanhamento

---

*Sensação de desvalorização, falta de interesse ou compreensão do terapeuta face ao problema apresentado*

5) 1. Não estava preparado para falar sobre os meus problemas, nem com a terapeuta, nem comigo mesmo. 2. Não sentia grande empatia da parte da terapeuta, nem sentia progresso. As sessões eram monótonas e "vazias". Não tinha (ou não sentia) nada de negativo para falar, e a terapeuta não puxava por mim.

69) O facto da psicóloga me ter aplicado uma bateria de testes, em consultas de custo mais alto, sendo que praticamente não me deixava abordar o que sentia ser o meu real problema. Além disso, ela insistia que eu ia melhorar se me fizesse reiki e por mais que até sentisse alguns benefícios, a técnica não ia de encontro às minhas expectativas relativamente ao processo terapêutico.

63) Não estava à vontade para falar dos meus problemas e não senti que a terapeuta estava interessada em puxar por mim

---

---

32) Sinto que o meu terapeuta não conseguia sintonizar exatamente comigo

101) Fui apenas uma sessão e achei a profissional despreparada, não me ouvia, falava demasiado e chegou a oferecer serviços externos.

122) O custo das sessões e principalmente sentir que a psicóloga não compreendia alguns dos meus problemas, chegava a sentir-me muito mal comigo mesma, culpada, desajustada e incompreendida. Se não conseguia explicar o que sentia de modo a que me percebessem, não conseguia receber de volta algo que me ajudasse. E foi isso que aconteceu, achava que a terapia era um desperdício de tempo e dinheiro. Apesar de me ter ajudado em certas coisas, sentia que não ia ao fundo das questões, era mais uma maneira de lidar com os problemas do que tentar compreendê-los ou resolvê-los.

23) Principalmente a falta de empatia com a terapeuta. O facto de só ouvir e estar num ambiente considerado "sério" e "formal" era desconfortável. Além disso ouvir e estar sempre a escrever num papel era algo desconfortável para mim. Afinal eu estava ali para falar e ser ouvida e não para estar numa espécie de "entrevista". (Foi precisamente isso que senti... ser entrevistada.)

95) Por vezes a incapacidade financeira de manter um bom psicólogo ou psiquiatra e também a falta de empatia e sensação de ser apenas "mais um" com os psicólogos e psiquiatras gratuitos, que por terem muitas consultas parecem não criar empatia nem terem paciência com ninguém. E também o menosprezar dos problemas que são expostos, se

---



---

para eles não fazer sentido é como se o paciente perde-se o direito de sentir de certa forma ou pensar certa coisa.

65) Não me sentia confortável com a minha terapeuta, não sentia que pudesse partilhar tudo, não me senti compreendida e não achei que estivesse a fazer muito progresso.

156) Não gostei da metodologia utilizada pelo psicólogo, mais precisamente do uso de questionários para perceber qual era o meu problema e quais os meus objetivos terapêuticos. Senti que o psicólogo não ouvia ou retinha aquilo que eu realmente achava que era importante.

37) angústia entre sessões, sensação de dependência e de ter q lidar sozinha com os problemas, sensação desamparo e desinteresse do psicólogo

102) O facto de as psicólogas em questão serem muito pouco pró ativas, não desenvolverem a conversa, limitarem-se a acenar ou fazer comentários expectáveis. Existiu também uma grande dificuldade em verem as coisas da minha perspetiva - há que perceber que o cliente não é igual ao psicólogo. Que a sua perspetiva é diferente, e, como tal, há que haver um tipo de abordagem adequado.

164) O maior problema e uma das razões para recorrer a apoio psicológico era a minha dificuldade em situações sociais. Ao saber o medo que tinha de falar com estranhos, o psicólogo não pareceu ter cuidado com a maneira que falava. Sabendo que cheguei a um ponto que a minha

---

---

ansiedade se tinha apoderado da minha vida, ele fazia-me sentir que os meus problemas eram insignificantes. Na primeira consulta, rapidamente diagnosticou-me com agorafobia e começou logo o tratamento (esse tratamento envolvia exercícios em situações sociais feitas por mim no meu tempo livre). Senti que ele não me estava a ouvir, daí sentir que fui erradamente diagnosticada e estar a ser tratada por algo que o psicólogo insistia que eu tinha. Na altura senti grande distanciamento com o psicólogo por achá-lo uma pessoa fria, num consultório nada acolhedor e, como era homem, parecia desvalorizar os meus "problemas de mulher".

40) Nas 2 últimas sessões, achei q o terapeuta mostrava algum desinteresse, não se lembrava se uns quantos temas anteriormente abordados; bocejava frequentemente mostrando impaciência e desinteresse

28) o mais importante foi o facto de sentir que a terapeuta desvalorizou o que me levou a pedir ajuda e estava mais focada em outras questões (e.g. amigos, relação com os meus pais) que não surtiam qualquer problema, inicialmente pensei que faria parte do "processo" compreender a minha rede de apoio, se estava sozinha, se tinha com quem falar mas na realidade foi sempre tudo resumido aos pontos que menos interessavam e acabei por desistir, por me desmotivar e nunca mais pedir ajuda. 10 anos depois continuo a sentir que ainda é uma parte da minha vida que claramente está por resolver e me deixa bastante vulnerável tanto a nível pessoal como a nível social.

62) A psicóloga em questão tentava usar a mesma estratégia para tudo, ignorando o facto de está não funcionar comigo. Havia uma grande falha de

---

---

comunicação. Não me sentia ouvida, sentia que não havia interesse e dedicação da parte dela, que estava na consulta contrariada, sentir-me frustrada. Não aprendia nada de novo, nem ganhava mais insight sobre mim. Não tinha ganhos com as sessões, e gerava em mim essencialmente ansiedade (um dos problemas que lá me levou).

90) Senti que a terapeuta não me compreendia

138) Sentia que o meu terapeuta não ligava muito aos problemas que lhe contava, que os achava insignificantes. Isso fez com que não tivesse vontade de ir e não me sentia confortável para me abrir com ele porque achava que iria ser julgada. Isso aliado ao facto de achar que não estava a fazer grande diferença e ao facto de não ter muito dinheiro, fez-me desistir.

46) A terapeuta insistia em fazer referência a um problema que não foi o que eu levei para as sessões. Não pareceu compreendê-lo sequer, e insistia na sua "resolução" mesmo após eu lhe dizer que não foi isso que me levou às consultas e que não estava disposta a abordá-lo.

64) A terapeuta mostrou não ter qualquer respeito por mim, esquecia-se do que lhe dizia em sessões anteriores e desvalorizava o que dizia. Algumas vezes pedi para falar de um assunto e ela ignorou, dizendo que depois falávamos disso. Era um assunto difícil e que eu tinha de trabalhar em terapia.

89) Não sentia abertura para conversar com o psicólogo, sentia-me inibida e não conseguia falar sobre as questões mais profundas que me

---

---

atormentavam. Também senti que ele tinha pressa em apontar alguma causa, sem investigar mais a fundo. As sessões me pareciam superficiais, como se ele estivesse mais preocupado em resolver meu problema rapidamente para provar que tinha conhecimento, do que de facto analisar mais a fundo o que eu estava passando. Sentia um certo descaso.

142) Senti que o meu terapeuta, apesar de demonstrar ao início iniciativa, foi perdendo a mesma assim como se foi perdendo no processo. Não conseguia compreender-me, e eu reparava nisso. Percebia que nem ele conseguia fazer um diagnóstico adequado e perceber o tipo de intervenção que deveria aplicar. Ao mudar de terapeuta, e iniciar um novo processo (meses depois) consigo fazer esta comparação. O novo terapeuta mostrava-se mais competente e seguro. Assim sendo diria que desisti do primeiro processo terapêutico porque senti que não me ajudava, não respondia às minhas necessidades. Sentia-me à vontade para desabafar e fazia-o, mas não havia mudança/transformação proveniente desses diálogos com o terapeuta.

70) Senti que conseguia facilmente manipular a terapeuta para ela achar que eu estava bem porque na verdade não queria explorar os meus problemas ou tinha dificuldades em o fazer e ela não foi capaz de puxar por mim

111) A terapeuta não fazia por compreender o que eu sentia, era rude e antipática. Culpava-me por estar naquele estado...

36) Não senti que a minha terapeuta estava a compreender o impacto que as situações da minha vida estavam a ter em mim e penso que as

---

---

alternativas que me estavam a ser oferecidas não corresponderam ao que estava à espera e a terapia não parecia fazer o efeito que eu pretendia. Acabei por desistir, de uma forma mais resumida, porque sentia que não ia obter a ajuda que necessitava com aquela terapeuta em específico e depois também não procurei uma alternativa melhor.

105 - O facto de ser acompanhamento mensal (devido ao contexto hospitalar). O facto de sentir pouca empatia pela parte da terapeuta e sentir que os meus problemas não tinham relevância ou importância.

82 – A terapeuta não estava atenta ao que lhe estava a contar sobre a minha história familiar: confundiu relações de parentesco. No final da consulta despedimo-nos e ela disse-me de forma simpática "tenha calma". Se isso fosse uma opção para mim eu não estaria ali a pedir a sua ajuda.

---

*Esquecimento do conteúdo relatado em sessões anteriores*

56) O terapeuta parecia não escutar meus relatos e em sessões seguintes não lembrava qualquer informação já mencionada por mim, perguntava diversas vezes as mesmas coisas. Durante os dois meses, desmarcou sessões diversas vezes. Me senti desmotivada a prosseguir, pois não sentia qualquer evolução no tratamento.

40) Nas 2 últimas sessões, achei q o terapeuta mostrava algum desinteresse, não se lembrava se uns quantos temas anteriormente abordados; bocejava frequentemente mostrando impaciência e desinteresse

---

---

64) A terapeuta mostrou não ter qualquer respeito por mim, esquecia-se do que lhe dizia em sessões anteriores e desvalorizava o que dizia. Algumas vezes pedi para falar de um assunto e ela ignorou, dizendo que depois falávamos disso. Era um assunto difícil e que eu tinha de trabalhar em terapia.

---

*Quebra de confidencialidade*

165) Muitas das coisas que eram faladas lá depois ela contava

45) A falta de consideração pelos pedidos feitos em relação a informações que, na altura, por ser menor, tiveram que ser partilhadas com familiares e que tinha pedido para não acontecer.

75) Ameaça de denúncia aos pais se não parasse com os comportamentos autoagressivos.

103) Na altura estas idas ao psicólogo foram-me impostas pelos meus pais, sem que houvesse grande explicação dos seus benefícios. Por norma, sentia-me pior após as consultas (daí acreditar que este acompanhamento trazia menos benefícios do que ganhos). Houve momentos em que me apercebi que a psicóloga não respeitava o sigilo profissional. Como tinha apenas 14 anos, não podia tomar a decisão de mudar de psicólogo (apesar de ter demonstrado essa vontade aos meus pais, foi-me interdita). Com o tempo acabei por deixar de ir e aprendi a lidar com os meus problemas sozinha

---

*Pressão Familiar*

4) Pressão familiar

---

50) Na altura era adolescente e senti-me pressionada pela minha mãe para terminar o acompanhamento por questões económicas. Como não trabalhava na altura, acabei por desistir, apesar de ser algo que não queria fazer

146) Dado que era uma psicóloga clínica privada, exigia alguns custos por parte dos meus familiares, esforço esse contrariado pois não são crentes de ajuda psicológica e acompanhamento

35) A minha mãe dizia-me que aquilo era muito caro, ia de 2 em 2 semanas e não quando me apetecia, e havia dias que ia para a consulta e não tinha necessidade de desabafar ou tava feliz com a vida.

183) Não foi ideia minha e apesar de até ter simpatizado com o terapeuta, a razão porque eu estava a ter acompanhamento não é vista como um problema para mais ninguém sem ser o meu pai que achava que o psicólogo ia resolver os meus “problemas”

---

*O terapeuta mudou de instituição*

114) Senti-me bastante melhor e achei que já não fazia sentido continuar, desisti por este motivo, aleado ao facto da terapeuta mudar de centro de saúde

136) a minha terapeuta teve de mudar de hospital e aconselhou-me a fazer uma pausa das consultas durante o verão (para retomar em Setembro), as quais não retomei dado que os meus pais nunca mais mencionaram o assunto, continuando como se nada tivesse acontecido.

---

---

77) Apesar de me sentir bem a falar das questões, a minha forma de avaliar e pensar as situações não se alterou e a própria terapeuta aconselhou a não continuar

52) Fiz dois acompanhamentos, só que as psicólogas mudaram de instituição e acabei por não prosseguir acompanhamento. Por não me sentir bem, ao ter que explicar sempre de novo a cada psicóloga o porquê de estar ali

---

*Falta de tempo para a terapia pelo próprio*

20) Falta de tempo para a terapia e de motivação.

30) Falta de tempo

110) penso que todos acabaram por ser motivos importantes, visto que os meus pais deixaram de ter possibilidades financeiras para eu ir semanalmente, comecei a ir mensalmente, e com o tempo fui-me sentindo melhor sozinha, e acabei por muitas vezes abdicar de ir às sessões por ter outros compromissos.

83) A dificuldade em conciliar os horários com a terapia; o facto de a terapeuta estar a pressionar-me muito e de ser um pouco desadequada em algumas situações

88) Devido aos horários das consultas tinha de faltar às aulas, a terapeuta propunha métodos com os quais eu não me sentia tão à vontade logo de início e ao expor as minhas inseguranças não tentou ajudar a ultrapassar esses problemas

---



---

primeiro e não havia comunicação com os pais (era menor)

100) Horário de trabalho x horário de atendimento

150) Os horários tornaram-se difíceis de conciliar, sentir-me melhor e deixei passar o tempo, até que nunca mais remarquei consulta

169) primeiramente, começou por ser uma questão de incompatibilidade de horário, depois passou a ser impedimentos económicos juntamente com pressão da família pela questão de já estar lá há muito tempo e por estar a gastar muito dinheiro, então decidi fazer uma pausa, durante a pausa senti várias vezes a necessidade de retomar o acompanhamento mas hesitei sempre por causa da questão de ter de surgir outra vez o assunto lá em casa e por causa do dinheiro, então fui adiando cada vez mais, e acabou por passar tanto tempo que já não tive coragem de voltar a ponderar sobre o assunto e decidi arranjar ajuda noutra sitio que fosse mais barato.....

---

*Não foram sentidas diferenças significativas durante o processo*

92) Senti que as “conclusões” a que o terapeuta chegava não eram novidade para mim

60) Económico. Não estar a resolver a questão em si.

1) Era um pedopsiquiatra. Teve a brilhante ideia de me medicar. Não resultou.

---

---

65) Não me sentia confortável com a minha terapeuta, não sentia que pudesse partilhar tudo, não me senti compreendida e não achei que estivesse a fazer muito progresso.

161) O preço de cada consulta e a inexistência de melhoras

130) Indisponibilidade financeira.  
Indisponibilidade para compromisso nas tarefas/técnicas terapêuticas propostas, pela não-identificação com o modelo psicoterapêutico proposto pelo terapeuta em questão. Optei por abandonar a terapia por um misto dos dois motivos, mas principalmente que não estava nem iria responder (em termos de ganhos terapêuticos) ao que me estava a ser oferecido

61) Esperava que houvesse melhorias e, estando com dificuldades económicas e não tendo visto nenhuma alteração após a segunda sessão, acabei por desmarcar a consulta e desistir

77) Apesar de me sentir bem a falar das questões, a minha forma de avaliar e pensar as situações não se alterou e a própria terapeuta aconselhou a não continuar

54) Não consegui perceber mudanças ou uma "linha de trabalho" a se desenvolver comigo e sentia que ia só para falar, falar...

134) Poucos resultados Falta de cumplicidade  
Falta de empatia

---

---

56) O terapeuta parecia não escutar meus relatos e em sessões seguintes não lembrava qualquer informação já mencionada por mim, perguntava diversas vezes as mesmas coisas. Durante os dois meses, desmarcou sessões diversas vezes. Me senti desmotivada a prosseguir, pois não sentia qualquer evolução no tratamento.

142) Senti que o meu terapeuta, apesar de demonstrar ao início iniciativa, foi perdendo a mesma assim como se foi perdendo no processo. Não conseguia compreender-me, e eu reparava nisso. Percebia que nem ele conseguia fazer um diagnóstico adequado e perceber o tipo de intervenção que deveria aplicar. Ao mudar de terapeuta, e iniciar um novo processo (meses depois) consigo fazer esta comparação. O novo terapeuta mostrava-se mais competente e seguro. Assim sendo diria que desisti do primeiro processo terapêutico porque senti que não me ajudava, não respondia às minhas necessidades. Sentia-me à vontade para desabafar e fazia-o, mas não havia mudança/transformação proveniente desses diálogos com o terapeuta.

62) A psicóloga em questão tentava usar a mesma estratégia para tudo, ignorando o facto de está não funcionar comigo. Havia uma grande falha de comunicação. Não me sentia ouvida, sentia que não havia interesse e dedicação da parte dela, que estava na consulta contrariada, sentir-me frustrada. Não aprendia nada de novo, nem ganhava mais insight sobre mim. Não tinha ganhos com as sessões, e gerava em mim essencialmente ansiedade (um dos problemas que lá me levou).

132) A psicóloga não tinha objetivos nem número de sessões bem definidos para o acompanhamento, e, portanto, deixava andar, o que me fez sentir que não havia qualquer progresso; e além disso não tinha meios económicos suficientes para continuar

---

---

algo que não me estava a ajudar. Não havia qualquer perspectiva de quando poderiam terminar as sessões. Senti também que ir à consulta ou conversar com uma amiga no café era a mesma coisa.

172) Não achei que estaria a fazer alguma diferença

145) Principalmente o facto de sentir pressão por parte da minha família em ficar bem e, de facto, comecei a sentir que as sessões não me ajudavam, não senti melhorias.

139) Claramente não progredi em nada durante as sessões e estava em claro sofrimento. A terapeuta tinha uma escuta activa mas não questionava e acima de tudo não sentia que era empática. Parecia não entender o que dizia. Acabei por recorrer a outra terapeuta que recorro a ela ainda algumas vezes.

129) Não senti melhorias

115) Não senti grande evolução, não foi uma grande ajuda e o investimento acabou por não compensar

87) Não estava a notar melhorias da situação

17) Não achei necessário continuar o acompanhamento, embora soubesse que não estava a 100%, pois não via melhoras significativas.

---

---

12) Achei a consulta irrelevante e achei que em nada contribuiu para o bem-estar

5) 1. Não estava preparado para falar sobre os meus problemas, nem com a terapeuta, nem comigo mesmo. 2. Não sentia grande empatia da parte da terapeuta, nem sentia progresso. As sessões eram monótonas e "vazias". Não tinha (ou não sentia) nada de negativo para falar, e a terapeuta não puxava por mim.

135) Não consegui ficar a vontade, não conseguia sentir que o tratamento estava me ajudando. Senti as psicólogas como estranhas...

138) Sentia que o meu terapeuta não ligava muito aos problemas que lhe contava, que os achava insignificantes. Isso fez com que não tivesse vontade de ir e não me sentia confortável para me abrir com ele porque achava que iria ser julgada. Isso aliado ao facto de achar que não estava a fazer grande diferença e ao facto de não ter muito dinheiro, fez-me desistir

103- Na altura estas idas ao psicólogo foram-me impostas pelos meus pais, sem que houvesse grande explicação dos seus benefícios. Por norma, sentia-me pior após as consultas (daí acreditar que este acompanhamento trazia menos benefícios do que ganhos). Houve momentos em que me apercebi que a psicóloga não respeitava o sigilo profissional. Como tinha apenas 14 anos, não podia tomar a decisão de mudar de psicólogo (apesar de ter demonstrado essa vontade aos meus pais, foi-me interdita). Com o tempo acabei por deixar de ir e aprendi a lidar com os meus problemas sozinha

---

---

*Estagnação do processo*

127) desisti de 5 psicólogos. a primeira fui lá uma vez. e a última também. duas delas fiz tratamento durante uns dois anos. em sessões semanais. desisti porque já não "avancávamos" nada. sei os problemas que tenho. sei os traumas que tenho. consegui ultrapassar muitos. e a terapia foi importante para isso. mas estagnou.

49) Senti que estava num impasse há muito tempo e que precisava de outro tipo de intervenção psicológica

24) Senti que já tinha oferecido tudo o que poderia oferecer

140) Ao desistir do último acompanhamento que frequentei o meu objetivo não era desistir de ter acompanhamento, apenas mudar para um que me fosse economicamente mais acessível, de modo a que pudesse frequentá-lo com mais regularidade. Para além disso, enquanto adolescente senti que o tipo de terapia cognitivo-comportamental foi útil e que conferiu estratégias práticas e frutíferas. No entanto, ao tornar-me uma jovem adulta cada vez mais convicta de si e das suas visões senti que precisava de um tipo de terapia menos diretivo e que visasse auxiliar-me a compreender quem sou e a lidar com as minhas particularidades sem necessariamente as corrigir.

68 - Depois de um período inicial de grandes melhorias na ansiedade, a minha evolução estagnou e começaram a surgir períodos de depressão e desespero. Comecei a sentir-me desamparada na terapia e culpava-me por aquilo

---

---

que entendia ser o seu fracasso. Depois de anos nesta situação, percebi que tanto eu como a psicóloga que me acompanhava nos havíamos esgotado mutuamente, e que a persistência nestas consultas era, não apenas ineficaz como prejudicial à minha saúde mental.

---

*Falta de empatia*

9) A terapeuta estava mais interessada nos efeitos secundários que os medicamentos prescritos tinham em mim do que propriamente ajudar me. Não me senti minimamente acompanhada, sentia que ia lá ela passava-me uma quantidade absurda de medicamentos e já embora. Não tinha qualquer tipo de empatia.

2) Desde início que não simpatizava muito com o terapeuta. Depois surgiram problemas económicos que só me deram "mais força" para acabar a terapia com ele. Depois comecei a perceber que ele não empatizava comigo e colocava em questão aquilo que eu dizia

95) Por vezes a incapacidade financeira de manter um bom psicólogo ou psiquiatra e também a falta de empatia e sensação de ser apenas "mais um" com os psicólogos e psiquiatras gratuitos, que por terem muitas consultas parecem não criar empatia nem terem paciência com ninguém. E também o menosprezar dos problemas que são expostos, se para eles não fizer sentido é como se o paciente perde-se o direito de sentir de certa forma ou pensar certa coisa.

144) Considero que um dos psicólogos em questão apresentava falta de profissionalismo, visto que não demonstrava empatia para comigo, para além de que falava e agia de uma forma que me fazia sentir constrangido em relação aos meus

---

---

problemas, e também senti que não me "aconselhou" devidamente em relação aos mesmos.

139) Claramente não progredi em nada durante as sessões e estava em claro sofrimento. A terapeuta tinha uma escuta activa mas não questionava e acima de tudo não sentia que era empática. Parecia não entender o que dizia. Acabei por recorrer a outra terapeuta que recorro a ela ainda algumas vezes.

23) Principalmente a falta de empatia com a terapeuta. O facto de só ouvir e estar num ambiente considerado "sério" e "formal" era desconfortável. Além disso ouvir e estar sempre a escrever num papel era algo desconfortável para mim. Afinal eu estava ali para falar e ser ouvida e não para estar numa espécie de "entrevista". (Foi precisamente isso que senti... ser entrevistada.)

81) A falta de empatia com a terapeuta e consequente falta de confiança. Deixei de ter vontade de conversar com ela. Era muito julgativa e dava-me conselhos como se eu tivesse de os seguir porque ela achava que eram os melhores.

125) Empatia terapeuta/cliente e vice versa

134) Poucos resultados Falta de cumplicidade.  
Falta de empatia

179) Não existência de empatia

---



---

174) O psiquiatra não era empático. Por vezes, até parecia que me estava a julgar ou gozar comigo. Fazia sentir-me desconfortável, porque me tratava mesmo como se eu fosse estranha. E já tinha tido acompanhamento psicológico com outro médico e tinha sido totalmente diferente. As diferenças entre um e outro eram bastante notórias.

137) Falta de empatia

5) 1. Não estava preparado para falar sobre os meus problemas, nem com a terapeuta, nem comigo mesmo. 2. Não sentia grande empatia da parte da terapeuta, nem sentia progresso. As sessões eram monótonas e "vazias". Não tinha (ou não sentia) nada de negativo para falar, e a terapeuta não puxava por mim.

105) O facto de ser acompanhamento mensal (devido ao contexto hospitalar). O facto de sentir pouca empatia pela parte da terapeuta e sentir que os meus problemas não tinham relevância ou importância.

---

*Falta de estabelecimento de limites*

38) A relação com a psicoterapeuta mudou e eu comecei a sentir que ela invadia um pouco o meu espaço, ao ponto que ela me adicionou no *instagram* e comentou uma foto minha e eu não gostei e comecei a desmotivar. Não gostava das intervenções dela.

153) Achei a terapeuta pouco profissional. Expunha mais ela que eu.

---

---

*Não identificação com tipo de intervenção do terapeuta*

49) Senti que estava num impasse há muito tempo e que precisava de outro tipo de intervenção psicológica

130) Indisponibilidade financeira. Indisponibilidade para compromisso nas tarefas/técnicas terapêuticas propostas, pela não-identificação com o modelo psicoterapêutico proposto pelo terapeuta em questão. Optei por abandonar a terapia por um misto dos dois motivos, mas principalmente que não estava nem iria responder (em termos de ganhos terapêuticos) ao que me estava a ser oferecido

120) Chegou a um ponto que ser acompanhada não fazia sentido. Fui acompanhada por um psiquiatra e ele era demasiado mecânico. Sempre que escrevia nunca olhava para mim. Sinto que ajudou sim mas também rapidamente percebi que não estava no lugar certo. Interrompi o acompanhamento e mais tarde procurei uma psicóloga por iniciativa própria que me acompanha até hoje

104- A terapeuta insistiu, ao longo de várias sessões, em assuntos que eu considerava não terem qualquer relação com as questões que me levaram a procurar ajuda psicoterapêutica. Basicamente, eu sentia que a terapeuta estava a tentar "forçar" um certo modo de intervenção que não me parecia ser o adequado, tendo insistido no mesmo após eu ter explicado várias vezes que aquilo que ela estava a tentar fazer não era o que eu precisava e não se enquadrava no meu pedido de ajuda.

---

10) Não simpatizei com a psicóloga e achei que aquilo que ela me dizia não fazia sentido, então abandonei. Penso que não tinha mesmo assente a minha necessidade de ter acompanhamento

54) Não consegui perceber mudanças ou uma "linha de trabalho" a se desenvolver comigo e sentia que ia só para falar, falar...

98) O tipo de terapia serviu para controlar as questões mais comportamentais do problema, mas, não funcionava para mim em termos do racional, intervenção na vertente cognitiva

119) Não me identificava com o modelo de intervenção psicológico que a minha psicóloga usava.

156) Não gostei da metodologia utilizada pelo psicólogo, mais precisamente do uso de questionários para perceber qual era o meu problema e quais os meus objetivos terapêuticos. Senti que o psicólogo não ouvia ou retinha aquilo que eu realmente achava que era importante.

133) Terapeuta pertencia a uma escola de pensamento com um grande ênfase individual (person-centered approach) e os longos períodos de silêncio foram um grande entrave ao estabelecimento de uma relação terapeuta-cliente positiva e confortável.

158- A terapeuta era dinâmica, e não senti que me ajudasse. Precisava de ir a um cognitivo comportamental

---

166 – O psicólogo era de vertente cognitivo comportamental, o que foi excelente no início do processo. Uma vez resolvidas algumas das situações mais urgentes e uma vez que já tinha desenvolvido alguns recursos, decidi abandonar para voltar mais tarde para uma psicóloga de vertente dinâmica. Considero desistência porque apenas disse ao psicólogo que já não tinha capacidades financeiras, nunca lhe revelando a verdadeira razão.

*Falta de identificação com o terapeuta*

67) Não me identifiquei com a psicóloga

53) Nesses dois casos, considero que o profissional não estava preparado para o acompanhamento psicoterapêutico comigo

99) Não gostava da psicóloga e não era competente

106) O terapeuta não teve a melhor conduta profissional e acabou por dificultar mais o processo

---

*“Estava-me a sentir melhor”*

149- Fiz uma pausa no acompanhamento e acabei por não remarcar outra consulta, devido a sentir-me melhor naquela altura

---

---

43) "Desisti" do psicólogo porque fui encaminhada para um psiquiatra e após algumas sessões e medicação senti-me melhor.

110) penso que todos acabaram por ser motivos importantes, visto que os meus pais deixaram de ter possibilidades financeiras para eu ir semanalmente, comecei a ir mensalmente, e com o tempo fui-me sentido melhor sozinha, e acabei por muitas vezes abdicar de ir às sessões por ter outros compromissos.

97) Eu trabalho viajando no Brasil, quando cruzava meu cronograma de viagens com ás consultas depois de um ano e achando que estava forte novamente, não remarcava

150) Os horários tornaram-se difíceis de conciliar, sentir-me melhor e deixei passar o tempo, até que nunca mais remarquei consulta

27) Deixei de ter um comportamento depressivo e comecei a conseguir "encarar" a vida como um indivíduo dito "normal". Foi por essa razão que desisti do acompanhamento.

29) Já me encontrava melhor

42) Simplesmente pelo facto de sentir que a razão pela qual estava deprimido deixou de ser um fator relevante na minha vida, deixei de ter pensamentos negativos em relação a ela, segui a 100% em frente

---

---

44) Achava que os meus ataques de ansiedade e de nervosismo já se encontravam regularizados

48) Senti-me melhor e decidi parar de ir as sessões.

55) Foi o sentimento de melhoria e aumento de auto estima que me fizeram deixar a terapia

86) O problema já tinha sido superado

108) Senti que houve um melhoramento. Fiz uma pausa no acompanhamento e nunca mais tive necessidade para voltar

113) Apenas senti que já não precisava de ter mais acompanhamento porque já me sentia bem.

114) Senti-me bastante melhor e achei que já não fazia sentido continuar, desisti por este motivo, aleado ao facto da terapeuta mudar de centro de saúde

131) O problema inicial dissipou com o passar do tempo e parou de fazer sentido ir

147) Estava a sentir-me melhor

155) A minha evolução tornou-se suficiente, de forma a que o acompanhamento já não se justificava.

---

---

160) Sentir-me melhor e achar que era demasiado nova para não conseguir ultrapassar os meus problemas

175) Quando começo a sentir-me melhor deixo de ir porque acho que já está tudo ok.

177) Aumento da auto-estima, algumas perguntas demasiado incisivas por parte do terapeuta

51) Os problemas foram ultrapassados

118) Consegui arranjar forma de lidar melhor com a situação e comecei a melhorar.

182) Senti que já estava conseguindo assimilar as questões relativas a minha separação, que estava mais aliviada e que poderia seguir a minha vida, mais facilmente.

96) A psicóloga onde ia era em Coimbra e eu vivia na Guarda, fazendo com que a minha mãe me levasse lá sempre que tivesse consulta. Adicionalmente, comecei a ter melhorias no meu processo.

---

*Custo financeiro*

138) Sentia que o meu terapeuta não ligava muito aos problemas que lhe contava, que os achava insignificantes. Isso fez com que não tivesse vontade de ir e não me sentia confortável para me abrir com ele porque achava que iria ser julgada. Isso aliado ao facto de achar que não estava a

---

---

fazer grande diferença e ao facto de não ter muito dinheiro, fez-me desistir.

140) Ao desistir do último acompanhamento que frequentei o meu objetivo não era desistir de ter acompanhamento, apenas mudar para um que me fosse economicamente mais acessível, de modo a que pudesse frequentá-lo com mais regularidade. Para além disso, enquanto adolescente senti que o tipo de terapia cognitivo-comportamental foi útil e que conferiu estratégias práticas e frutíferas. No entanto, ao tornar-me uma jovem adulta cada vez mais convicta de si e das suas visões senti que precisava de um tipo de terapia menos diretivo e que visasse auxiliar-me a compreender quem sou e a lidar com as minhas particularidades sem necessariamente as corrigir.

132) A psicóloga não tinha objetivos nem número de sessões bem definidos para o acompanhamento, e, portanto, deixava andar, o que me fez sentir que não havia qualquer progresso; e além disso não tinha meios económicos suficientes para continuar algo que não me estava a ajudar. Não havia qualquer perspetiva de quando poderiam terminar as sessões. Senti também que ir à consulta ou conversar com uma amiga no café era a mesma coisa.

169) primeiramente, começou por ser uma questão de incompatibilidade de horário, depois passou a ser impedimentos económicos juntamente com pressão da família pela questão de já estar lá há muito tempo e por estar a gastar muito dinheiro, então decidi fazer uma pausa, durante a pausa senti várias vezes a necessidade de retomar o acompanhamento mas hesitei sempre por causa da questão de ter de surgir outra vez o assunto lá em casa e por causa do dinheiro, então fui adiando cada vez mais, e acabou por passar tanto tempo

---



---

que já não tive coragem de voltar a ponderar sobre o assunto e decidi arranjar ajuda noutra sítio que fosse mais barato.....

2) Desde início que não simpatizava muito com o terapeuta. Depois surgiram problemas económicos que só me deram "mais força" para acabar a terapia com ele. Depois comecei a perceber que ele não empatizava comigo e colocava em questão aquilo que eu dizia

19) Monetário

152)O facto dos meus pais não me incentivarem, nem apoiarem emocional e economicamente na continuação do meu tratamento. Ao mesmo tempo, consegui compreender a razão do aparecimento dos ataques de pânico.

50) Na altura era adolescente e senti-me pressionada pela minha mãe para terminar o acompanhamento por questões económicas. Como não trabalhava na altura, acabei por desistir, apesar de ser algo que não queria fazer

60) Económico. Não estar a resolver a questão em si.

61) Esperava que houvesse melhorias e, estando com dificuldades económicas e não tendo visto nenhuma alteração após a segunda sessão, acabei por desmarcar a consulta e desistir

71) O custo financeiro das mesmas. Cada consulta custava 60 euros, e na altura os meus pais não

---

---

concordavam em pagar esse valor, tal como estavam sempre a discutir pelo mesmo.

76) Problemas financeiros

95) Por vezes a incapacidade financeira de manter um bom psicólogo ou psiquiatra e também a falta de empatia e sensação de ser apenas "mais um" com os psicólogos e psiquiatras gratuitos, que por terem muitas consultas parecem não criar empatia nem terem paciência com ninguém. E também o menosprezar dos problemas que são expostos, se para eles não fizer sentido é como se o paciente perde-se o direito de sentir de certa forma ou pensar certa coisa.

112) falta de possibilidade económica

116) A terapeuta tentou por me numa situação de endividamento. Exigia montantes q eu não podia pagar... Entre 500 a 600 euros.por.mês

123) Factores económicos e por ter ido trabalhar para outro país

126) Dificuldade económica por ter ficado desempregada e neste momento com emprego precário

130) Indisponibilidade financeira.

Indisponibilidade para compromisso nas tarefas/técnicas terapêuticas propostas, pela não-identificação com o modelo psicoterapêutico proposto pelo terapeuta em questão. Optei por abandonar a terapia por um misto dos dois motivos, mas principalmente que não estava nem

---

---

iria responder (em termos de ganhos terapêuticos) ao que me estava a ser oferecido.

146) Dado que era uma psicóloga clínica privada, exigia alguns custos por parte dos meus familiares, esforço esse contrariado pois não são crentes de ajuda psicológica e acompanhamento

154) Era elevado o custo da terapia na altura

35) A minha mãe dizia-me que aquilo era muito caro, ia de 2 em 2 semanas e não quando me apetecia, e havia dias que ia para a consulta e não tinha necessidade de desabafar ou tava feliz com a vida.

157) consulta com um preço demasiado cara. gostaria/precisava de ter continuado o acampamento

159) A questão financeira na altura da desistência foi a única razão que me levou a terminar o processo terapêutico e, entretanto, acho que não se justifica ter acompanhamento tendo em conta que não apresento sintomatologia depressiva e a ansiedade é quase inexistente.

161) O preço de cada consulta e a inexistência de melhoras

162) Pagar 50 euros por consulta (1 hora) era uma despesa enorme. Eu fui 1 vez por semana durante 1 mês, perfazendo um total de 200 euros naquele mês. O acompanhamento psicológico, atualmente, é um luxo mas não deveria sê-lo. Não me senti confortável para continuar o

---

---

acompanhamento sabendo que a minha mãe estava a fazer um esforço enorme.

167) Muito caro

168) Sentia ansiedade antes das consultas pois sentia que ia para uma situação desagradável. Pagava muito para me sentir desconfortável e pouco confiante na ajuda.

171) As possibilidades económicas foram as mais pesadas, depois foram também essa falta de conforto para expor os meus problemas porque sentia que era muito só de falar sobre as minhas coisas sem saber qual a perspectiva que a terapeuta tinha sobre estes. Quando a questionava, sentia um certo evitamento.

74) Fazia *coaching* na época e os gastos com ambos estavam muito altos

181) As possibilidades económicas e achei que estava a falar com a parede porque a terapeuta não falava, só ouvia e só fazia perguntas "ancora" para dar continuidade do meu monólogo.

110) penso que todos acabaram por ser motivos importantes, visto que os meus pais deixaram de ter possibilidades financeiras para eu ir semanalmente, comecei a ir mensalmente, e com o tempo fui-me sentindo melhor sozinha, e acabei por muitas vezes abdicar de ir às sessões por ter outros compromissos.

---

---

122) O custo das sessões e principalmente sentir que a psicóloga não compreendia alguns dos meus problemas, chegava a sentir-me muito mal comigo mesma, culpada, desajustada e incompreendida. Se não conseguia explicar o que sentia de modo a que me percebessem, não conseguia receber de volta algo que me ajudasse. E foi isso que aconteceu, achava que a terapia era um desperdício de tempo e dinheiro. Apesar de me ter ajudado em certas coisas, sentia que não ia ao fundo das questões, era mais uma maneira de lidar com os problemas do que tentar compreendê-los ou resolvê-los.

173) pouco interventivas. falava-se mas não davam soluções/ações para mudar a situação pagar para estar a chorar num sofá, só me deixava mais deprimida. As melhores eram muito caras.

---

*Falta de motivação*

57) Falta de motivação e confiança em mim e na terapia.

94) Iniciei a terapia e estava com vontade de continuar. No entanto, não me era fácil partilhar o que sentia com uma pessoa desconhecida. Assinalei a opção relativamente à empatia, mas de facto nenhuma se adequa bem ao que aconteceu. O que se passou foi que tivemos 2 sessões e por motivos pessoais a terapeuta faltou nas sessões seguintes e eu nunca mais remarquei. Não foi estabelecida a relação terapêutica e isso desmotivou-me e fez com que não fosse mais.

38) A relação com a psicoterapeuta mudou e eu comecei a sentir que ela invadia um pouco o meu espaço, ao ponto que ela me adicionou no instagram e comentou uma foto minha e eu não

---

---

gostei e comecei a desmotivar. Não gostava das intervenções dela

20) Falta de tempo para a terapia e de motivação

28) o mais importante foi o facto de sentir que a terapeuta desvalorizou o que me levou a pedir ajuda e estava mais focada em outras questões (e.g. amigos, relação com os meus pais) que não surtiam qualquer problema, inicialmente pensei que faria parte do "processo" compreender a minha rede de apoio, se estava sozinha, se tinha com quem falar mas na realidade foi sempre tudo resumido aos pontos que menos interessavam e acabei por desistir, por me desmotivar e nunca mais pedir ajuda. 10 anos depois continuo a sentir que ainda é uma parte da minha vida que claramente está por resolver e me deixa bastante vulnerável tanto a nível pessoal como a nível social.

72) Naquele momento da minha vida não senti que necessitava dum acompanhamento, sendo por isso a existência de pouca motivação para continuar a terapia.

124) Sempre que entrava na consulta e ela me perguntava como estava, que havia de novo, as aulas? era sempre a mesma resposta. Nada de novo. Depois entrávamos em pormenores, mas não sentia que fossem relevantes nem que os conselhos fossem muito úteis porque nunca mudou a minha motivação, que continuava baixa em relação aos problemas. E também porque era meio faxada, dizia por exemplo "okay, desta vez vou tentar ir às aulas todas" e chegava à próxima sessão, já era ritual. Claro que também é uma desculpa da minha parte, não tinha mesmo vontade de ir, passava mais de semana sem tomar

---

---

banho, cabelo com rastas já, não lavava os dentes, não saía do quarto... e ser obrigada pela minha mãe ainda era pior

56) O terapeuta parecia não escutar meus relatos e em sessões seguintes não lembrava qualquer informação já mencionada por mim, perguntava diversas vezes as mesmas coisas. Durante os dois meses, desmarcou sessões diversas vezes. Me senti desmotivada a prosseguir, pois não sentia qualquer evolução no tratamento

---

*Baixa frequência das consultas*

121) Consultas mensais não ajudam em situação de ataque de ansiedade, teria de ter mais consultas...

6) Acompanhamento mensal cognitivo-comportamental de apenas 20 minutos em que os primeiros 10 eram para falar do trabalho de casa feito e os outros 10 para falar do *tpc* para a próxima sessão. Ausência de relação. Pouca frequência das sessões

117) Marquei uma das alinhas acima porque não me deixava continuar o questionário se não o fizesse. Na realidade não me revejo nos motivos acima descritos. A psicóloga não tinha disponibilidade horária para me atender e as sessões eram marcadas muita espaçadamente (inicialmente eram sessões mensais, que passaram a acontecer de 3 em 3 meses). Acontecia ainda, por questões de organização do serviço, as consultas serem canceladas e o secretariado esquecer-se de me avisar. Então eu aparecia no local para me ser dito que a Dr<sup>a</sup> não me poderia atender ou não estava. Apesar de gostar das sessões, de reconhecer mérito no trabalho da psicóloga e benefícios no acompanhamento, não

---

---

podia continuar assim. Não era na realidade um acompanhamento, mais parecia um follow-up e considero uma falta de respeito deslocar-me ao local para depois ser informada que não podia ser atendida. Informeimei a psicóloga das minhas razões, marcámos uma sessão final e assim terminou o processo.

105) O facto de ser acompanhamento mensal (devido ao contexto hospitalar). O facto de sentir pouca empatia pela parte da terapeuta e sentir que os meus problemas não tinham relevância ou importância.

---

*Não especificado*

15) Nenhuma

22) 0

25) Nenhuma

47) Apenas as mencionadas

80) Sim

85).

176) Hhj

11) descrever a minha família num desenho

---



## **Anexo F**

### **Frequência das Razões de Desistência (Q2)**

*Número total de respostas em cada bloco temático (Q2)*

Categorias	Fontes	Referências
Custo Financeiro	33	33
“Estava-me a sentir melhor”	25	25
“Não foram sentidas diferenças significativas durante o processo”	26	26
Sensação de desvalorização, falta de interesse	25	25
ou compreensão do terapeuta face ao problema		
apresentado		
Desconforto proporcionado por parte do terapeuta	21	21
Falta de empatia	14	14
Não identificação com o tipo de intervenção do terapeuta	11	11
Consigo lidar com os meus problemas sozinho	10	10
Não senti que precisasse ou que alguém externo me pudesse ajudar	4	4
A partir de certa altura senti-me melhor para continuar sozinho	6	6

Não especificado	8	8
Falta de tempo para a terapia pelo próprio	8	8
Constrangimentos para a terapia pelo próprio	8	8
Falta de motivação	8	8
Estagnação do processo	5	5
Quebra de confidencialidade	5	5
Dificuldade do agendamento de consultas	5	5
Incompatibilidade de agendas	3	3
Incompatibilidade de agenda por parte do terapeuta	2	2
Pressão Familiar	5	5
Falta de identificação com o terapeuta	4	4
Problemas relacionados com a distância	4	4
O terapeuta mudou de instituição	4	4
“Fiz uma pausa no acompanhamento”	3	3
Esquecimento do conteúdo relatado em sessões anteriores	3	3
Baixa frequência de consultas	3	3
Falta de estabelecimento de limites	2	2
Não foi feita remarcação após férias	1	1

---